

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
FILOZOFSKI FAKULTET  
ODSJEK ZA ETNOLOGIJU I KULTURNU ANTROPOLOGIJU

DIPLOMSKI RAD  
**Mentalno zdravlje kao političko pitanje**

Studentica: Ana Petrić

Mentor: dr. sc. Tomislav Pletenac

Komentorica: dr. sc. Sanja Špoljar-Vržina

Zagreb, veljača 2017.

Izjavljujem pod punom moralnom odgovornošću da sam diplomski rad *Mentalno zdravlje kao političko pitanje* izradila potpuno samostalno uz stručno vodstvo mentora dr. sc. Tomislava Pletenca i komentorice dr. sc. Sanje Špoljar-Vržina. Svi podaci navedeni u radu su istiniti i prikupljeni u skladu s etičkim standardom struke. Rad je pisan u duhu dobre akademske prakse koja izričito podržava nepovredivost autorskog prava te ispravno citiranje i referenciranje radova drugih autora.

Ana Petrić

# SADRŽAJ

1. UVOD .....	3
2. METODOLOGIJA .....	5
3. GLOBALNO OPTEREĆENJE BOLESTIMA .....	9
4. MEDIKALIZACIJA TUGE - OD MELANKOLIJE PREMA DEPRESIJI .....	13
4.1. Konceptualizacija depresije do 19. stoljeća .....	13
4.2. Razvoj psihijatrijske dijagnostike i epidemiologije .....	17
4.3. DSM (Dijagnostički i statistički priručnik) - validnost dijagnostičkih kriterija.....	20
4.4. Sprega psihijatrije i farmaceutske industrije .....	30
5. SOCIJALNE DETERMINANTE MENTALNOG ZDRAVLJA.....	39
5.1. Depatologizacija depresije .....	45
6. ZAKLJUČAK.....	54
7. LITERATURA .....	56
8. SAŽETAK/SUMMARY .....	60

## 1. UVOD

U razdoblju koje je uslijedilo nakon ekonomskog kraha 2008. godine u medijima je bilo moguće naići na mnogo članaka koji ukazuju na izravne posljedice koje je on imao po zdravlje ljudi, kako fizičko tako i mentalno. S jedne strane, mjere štednje, odnosno stezanje remena (*austerity*), imale su kao posljedicu narušavanje funkcioniranja zdravstvenih sustava u mnogim državama (kao najčešći i najočitiiji primjer spominju se Grčka i Španjolska), dok su pak s druge strane česte bile i vijesti o mnogobrojnim pokušajima samoubojstava izazvanih lošom ekonomskom situacijom. Razni su se autori u svojim analizama osvrnuli na te probleme u pokušaju da ukažu na to kako se u konkretnim slučajevima ne radi o pitanju individualne patologije već o vrlo jasnom utjecaju javnih politika na psihičko zdravlje populacije - popularan naziv za samoubojstva izazvana gubitkom socijalne pomoći u Velikoj Britaniji postao je *welfare suicides* (Fisher 2012, Henley 2013, Stuckler i Basu 2013). Iako su u Hrvatskoj takvi slučajevi bili rijetki (ili se o njima nije u tolikoj mjeri moglo čitati u medijima), u svojoj sam okolini primijetila istu uzročno-posljedičnu vezu između opće ekonomske situacije u državi i mentalnog zdravlja ljudi koji su u najvećoj mjeri osjetili posljedice ekonomske krize.

Moje opservacije o poveznosti političkih i ekonomskih faktora s mentalnim zdravljem podržavao je i podatak na koji sam često nailazila u člancima čija je tema bila depresija - podatak koje je objavila Svjetska zdravstvena organizacija prema kojem će do 2020. godine depresija postati najraširenija bolest na svijetu, noseći "titulu" vodećeg uzroka globalnog opterećenja bolestima. Prema SZO, depresija na globalnoj razini uzrokuje 2,11% opterećenja bolestima - u 2013. godini nalazila se na jedanaestom mjestu, a analiza po kontinentima otkriva da je depresija češća u Europi te Sjevernoj i Južnoj Americi (na trećem te na drugom mjestu).

Ovaj podatak lako je uzeti zdravo za gotovo te se upustiti u analizu društvenih i ekonomskih uzroka porasta broja dijagnosticiranih depresijom - što je bila i moja prvotna namjera. Poveznica između ekonomskih kretanja i depresije činila mi se dovoljno očita, no iščitavanjem literature pokazalo se kako je nužno propitati i samu definiciju depresije kao i njenu konceptualizaciju unutar biomedicinskog sustava, ne bih li ispitala postoji li još koji uzrok navodnoj "epidemiji" depresije. Kako bih to učinila, u ovom ću radu dati povijesni pregled načina na koji su se depresija i njoj srodni sindromi definirali kroz povijest - ona je

jedna od malobrojnih bolesti čija se povijest donekle konzistentno može pratiti unazad nekoliko tisuća godina, a opis simptoma poprilično je konstantan. Poseban će naglasak biti na posljednjih pedesetak godina i nedavne promjene u klasifikacijskom sustavu mentalnih bolesti, a osim klasifikacije poremećaja osvrnut ću se i na teorije o etiologiji depresije kako bih opisala pomak od psihodinamskog prema neurokemijskom objašnjenju uzroka depresije te paralelno depolitiziranje i medikalizaciju problema poput siromaštva.

U periodu iščitavanja literature, terenskog rada kao i samog pisanja, u mnogo navrata dogodilo se da bi mi sugovornici - kolege sa studija - u usputnim razgovorima u šali spomenuli kako bih mogla pisati i o njima, što mi je ukazalo na raširenost pojave i osjećaja koji su do tada bili rezervirani za privatnu sferu. Iako se u većini takvih neformalnih razgovora radilo o osobama koje nemaju postavljenu kliničku dijagnozu, prema vlastitom shvaćanju oni su patili od nekog oblika psihičkih, odnosno mentalnih poteškoća potaknutih nedavnim ili skorašnjim završetkom studija te malom mogućnošću pronalaska posla, a nekolicina je zbog toga odlučila potražiti i stručnu pomoć. Pošavši od našeg dijeljenog iskustva, koje je sa sobom često nosilo i osjećaje anksioznosti i depresije te brige zbog neizvjesne budućnosti, odlučila sam u širi društveni kontekst staviti upravo iskustvo dvije studentice Filozofskog fakulteta u Zagrebu koje dijele slične doživljaje te koje su prebrodile tešku depresivnu epizodu te im je dijagnosticiran *mješoviti anksiozni i depresijski poremećaj*. Stoga će teorijska i povijesna podloga rada biti popraćena interpretacijom iskustva depresije dvije kazivačice te pozicioniranjem njihovih narativa u širi društveni kontekst kako bih ilustrirala okolnosti koje utječu na mentalno zdravlje pojedinaca. Uzevši u obzir prethodno navedene promjene u klasifikaciji i objašnjenju uzroka depresije, nastojat ću pokazati kako naizgled privatni, individualni i intimni osjećaji i iskustva mojih kazivačica zapravo oslikavaju tendenciju individualizacije i depolitizacije mentalnoga zdravlja.

## 2. METODOLOGIJA

Kako je sama tema ovog rada u velikoj mjeri vezana uz moje vlastito okruženje, njome sam se na neki način počela baviti i prije samog istraživanja i pisanja rada, no to nije uvijek bilo podjednako svjesno niti s jednakom količinom analitičnosti. Metode koje sam koristila sastoje se od iščitavanja medijskih članaka povezanih s ovom temom, više neformalnih razgovora te dva polustrukturirana intervjua. Također, u velikoj mjeri dijelom terena mogu nazvati i vlastito iskustvo i proživljavanje osjećaja i emotivnih stanja o kojima pišem, iako oni kod mene nikada nisu poprimili težinu koja bi sa sobom donijela i dijagnozu depresivnog poremećaja. Budući da smatram da je vrlo važno osobna iskustva i narrative povezati sa širim društvenim kontekstom (što mi i sama tema nameće), osim navedenih emskih tehnika služila sam se i literaturom koja daje komparativne i povijesne preglede koncepta depresije i njoj srodne melankolije. Promišljanje iskustva bliskoga s jedne mi je strane učinilo terenski dio istraživanja lakšim, uronivši me u njega i prije formalnog početka istraživanja. No istovremeno je sa sobom donijelo i potrebu za propitivanjem vlastite pozicije u pokušaju davanja legitimiteta izvedenim zaključcima (Potkonjak 2014:28).

Kao važan dio terenskog rada stoga svakako vrijedi istaknuti i vlastito iskustvo psihoterapije, na koju sam krenula u ožujku 2013. godine, a koje se pokazalo korisnim na nekoliko načina - s jedne strane pomoglo mi je u analizi i raščlambi vanjskih faktora koji su utjecali na moje vlastite osjećaje te mi je omogućio određenu dozu analitičkog odmaka i autokulturne defamilijarizacije (Čapo Žmegač, Gulin Zrnić i Šantek 2006:31) u odnosu na vlastito iskustvo, prizivajući u svijest dotad nesvjesne obrasce, pozadinske osjećaje i njihove uzroke. Osim uvida u vlastita emocionalna stanja te mogućnosti njihovog povezivanja s događajima koji me okružuju, proces psihoterapije s druge je strane važan i jer mi je ukazao na to koliko je zapravo teško i (pre)ambiciozno pokušati opisati osjećaje drugih ljudi. Koliko god oni bliski bili, njihov unutarnji svijet nešto je tek djelomično dostupno te sam vrlo brzo shvatila da će mi samo dijelom biti moguće objasniti i prenijeti u tekst povezanost šireg društveno-političkog konteksta s mentalnim zdravljem mojih kazivačica.

Važnost same teme osvjestila sam već po njenom odabiru - naime, ono što je do tog trenutka predstavljalo isključivo moj osobni interes ili temu razgovora s bliskim prijateljima, nakon odabira teme diplomskog rada počelo se sve češće pojavljivati u neformalnim razgovorima u kojima su sugovornici bez mnogo objašnjavanja shvatili o čemu želim pisati te

su iskazali kako se i sami prepoznaju u opisanom procesu. Kao kazivače odabrala sam dvije kolegice koji su već i ranije same pokazale inicijativu i spremnost za razgovor o temama vlastitih emocija i mentalnog zdravlja, a koje su u jednom trenutku odlučile potražiti određeni oblik profesionalne pomoći - Ivona (23) se prvi put obratila psihologinji 2012. godine, a Višnja (27)<sup>1</sup> psihijatru 2013. godine. Iako kazivačice jesu povezane mjestom boravka i studijem, ono što čini pravu poveznicu među njima jest iskustvo, i to iskustvo koje dijele s velikim brojem vrlo različitih pojedinaca. U tom smislu moj teren nije bio određen lokalitetom poput klasičnih etnografskih terena, već je fokus stavljen na isprepletenost globalnih i lokalnih zbivanja te mentalnog zdravlja, odnosno unutarnjeg svijeta kazivačica. Drugim riječima, lokalitet se ovdje promatra “u smislu društvenog i epistemološkog pozicioniranja” (Čapo i Gulin Zrnić 2011:27) te se u tom smislu ovaj rad metodološki uklapa među suvremene etnografije koje ne istražuju u/o mjestu, već se bave ljudima i društvenim prostorima koje oni stvaraju, kao i njihovim interpretacijama vlastitog svijeta (Čapo Žmegač i Gulin Zrnić 2006:28).

Budući da su mlade osobe jedna od najranjivijih skupina kada je u pitanju ekonomska recesija, moja pozicija i prijašnji društveni odnosi smjestili su me na teren i prije početka samog istraživanja, te se on u velikom dijelu preklapio s privatnim životom - prema tome on je bio stvoren iz “trajnog osobnog sudjelovanja u određenim tipovima društvenih grupacija, aktivnosti i odnosa” (Dyck, prema Čapo Žmegač, Gulin Zrnić i Šantek 2006:31), odnosno radi se o trajnom bivanju na terenu, a upravo mi je insajderska pozicija omogućila otvaranje dublje i analitičke perspektive. Budući da mi je tema kojom se bavim iskustveno vrlo bliska, a moj teren je bio domaći teren, u ovom radu ne postoji klasični trop ulaska. Ono što mogu primijetiti jest da mi je sama činjenica da pišem o ovoj temi poslužila kao točka koja mi otvara vrata u unutrašnje svjetove ljudi koji o toj temi u nekom drugom kontekstu možda ne bi razgovarali, odnosno koji u razgovoru sa mnom na tu temu ne bi spontano došli, budući da se radi o intimnim i privatnim osjećajima o kojima nije uobičajeno otvoreno razgovarati s osobama koje nam nisu vrlo bliske te o temi koja je često predmet društvene stigme.

S jedne strane mi je vlastito iskustvo osjećaja besperspektivnosti te brige oko budućnosti nakon završetka studija pomoglo dublje shvatiti temu, ne samo zbog toga što sam dijelila svakodnevicu sa svojim kazivačima bivajući uz njih, već i stoga što sam je i sama jednim dijelom proživjela. Kada se radi o bliskim prijateljima, pitanje emocija i gotovo

---

<sup>1</sup> zbog zaštite identiteta izmijenjena su imena kazivačica kao i ostali podaci koji bi ga mogli otkriti; to je tim značajnije što su iznesena iskustva dio i zdravstvenih anamnestičkih podataka te podliježu otvaranju područja stigmatizacije osobe

paralizirajućeg straha od budućnosti činilo je (odnosno još uvijek čini) velik dio naših razgovora - a kod poznanika, osoba koje su mi manje bliske, ti razgovori bili su potaknuti mojim spominjanjem teme diplomskog rada. Upravo mi je prepoznavanje teme u usputnim razgovorima pokazalo koliko je sam pojam depresije među laicima fluidan te koliko se odnosi na čitavu lepezu osjećaja i stanja, koja prema biomedicinskim kriterijima ne bi u svim slučajevima “zaslužila” dijagnozu. Upravo mi se ta fluidnost u nekoliko navrata činila kao nepremostiva prepreka pri oblikovanju rada - razne definicije depresije s kojima sam se susrela te vrlo velik broj različitih simptoma natjerali su me da se zapitam o čemu zapravo pokušavam pisati, no iščitavanjem literature osvijestila sam kako je ovaj problem povezan sa kaotičnošću koja vlada poljem psihijatrijske dijagnostike.

Pretpostavka s kojom sam započela istraživanje na terenu - da je loša ekonomska situacija najveći faktor u “epidemiji” depresije - ubrzo se pokazala preduhitrenom. Kolege koje su pokazale zanimanje za temu mog rada, prepoznajući se istovremeno u njoj, pri pokušaju jasnijeg artikuliranja problema koji ih muče došli bi do zaključka kako zapravo ne pate od depresije. Svoje “konkretnе” probleme bi pri usporebi s osobama iz okoline za koje znaju da im je klinički postavljena dijagnoza depresije smatrali drugačijima - govoreći često pritom kako bi bilo pretenciozno svrstati se u istu skupinu sa “zbilja” depresivnim pojedincima. Osjećaje anksioznosti, tuge i straha lako su mogli povezati s vrlo specifičnim životnim situacijama poput nemogućnosti pronalaska posla, ukidanja raznih vrsta prava te općenite društvene i ekonomske situacije. S druge pak strane, kazivačice koje sam intervjuirala svoju su dijagnozu tumačile na drugačiji način, u puno manjoj mjeri te na suptilniji način je povezujući s političkim i ekonomskim aspektima života. Dodatnu metodološku poteškoću prouzrokovala je i činjenica da su kazivačici Višnji od početka našeg dogovaranja o provođenju intervjua postavljene dvije nove dijagnoze.

Iako je pri opisivanju teme diplomskog rada mojim sugovornicima uvijek bilo jasno o čemu želim pisati, što ukazuje na to da dijelimo neka opća mjesta i znanja, naša iskustva su u dovoljnoj mjeri različita da ne ostavljaju mnogo prostora generalizaciji, što će biti vidljivo i iz kazivanja. Neuklapanje stvarnih života u sterilne analitičke sheme ne iznenađuje kada uzmemo u obzir činjenicu da društvo “tvore pojedinci, individue, obični ili neobični ljudi, njihove *pojedinačne* sudbine koje se različito isprepleću” (Rihtman-Auguštin 1988:5). Koliko kazivanja uključiti u rad, je li legitimnije i nužno da svi kazivači imaju klinički dijagnosticiranu bolest ili je pak dovoljno da se sami pronalaze u opisu simptoma, na što se



nadovezalo i pitanje u kolikoj mjeri je važno moje vlastito iskustvo sličnih osjećaja, no u puno blažem obliku?

Ovakvi metodološki problemi česti su pri istraživanjima biomedicinski konceptualiziranih bolesti (Browner 1999), a odgovor na njih otkrio mi se u spoju etnografije pojedinačnog (Abu-Lughod 1995) i autorefleksivnosti pri pisanju i promišljanju. Razlike u samoj interpretaciji značenja depresije, različita iskustva i objašnjenja njenih uzroka postali su tako centralni dio mog rada, povezujući teorijske tekstove s kontradikcijama i nekoherentnostima svakodnevnice (ibid.), u pokušaju pisanja etnografije pojedinačnog/partikularnog i sagledavanja načina na koji se dugotrajni globalni procesi odražavaju na iskustva pojedinaca (ibid., Behar 1996:26). Ova angažiranost se čini još značajnijom ukoliko uzmemo u obzir već postojeći domaći artikuliran, ušutkivan, no stoički prisutan stav o uklapanju događanja na psihijatrijskoj sceni Republike Hrvatske u onu globalnu (Torre 2014).

### 3. GLOBALNO OPTEREĆENJE BOLESTIMA

Kao izvor tvrdnje o porastu broja stanovništva koji pati od depresije (kao i ostalih mentalnih bolesti) najčešće se navodi Svjetska zdravstvena organizacija, odnosno njeno istraživanje o globalnom opterećenju bolesti. Globalno opterećenje bolesti (*global burden of disease* - GBD) istraživanje je koje SZO (na zahtjev Svjetske banke) provodi s ciljem stvaranja sveobuhvatne slike o ulozi koju razne bolesti, ozljede i rizični čimbenici imaju pri uzrokovanju prerane smrti, poteškoća (*disability*) i smanjenju zdravlja kod raznih populacija. Rezultati prvog GBD istraživanja objavljeni su 1990. godine, nakon čega su rezultati u nekoliko navrata ažurirani i dopunjeni recentnim podacima - posljednji put objavljeni su za 2013. godinu.

Prije provođenja prvog GBD istraživanja statistički podaci o bolestima unutar određene populacije svodili su se na stopu mortaliteta i morbiditeta te na stope prevalencije i incidencije<sup>2</sup>. Dakle, takvom je računom moguće usporediti isključivo broj oboljelih ili umrlih (uz moguće dodatne statistike o distribuciji, primjerice prema spolu ili socioekonomskom statusu), no ona ne govori ništa o kvaliteti života. SZO je rješenje tom problemu našla u korištenju nove mjerne jedinice koja bi trebala nešto točnije pokazati težinu pojedine bolesti - *disability adjusted life-year* ili DALY. DALY je zbroj mjernih jedinica YLL (*years of life lost*) i YLD (*years lived with disability*), što znači da za razliku od uobičajenog pristupa koji pokazuje stopu mortaliteta uzrokovanu određenom bolešću u obzir uzima i poteškoće koje bolest uzrokuje za vrijeme života, odnosno da u analizu uključuje sve periode života u kojima se osoba ne nalazi u stanju potpunoga zdravlja, naglašavajući pritom ekonomske gubitke do kojih dolazi zbog nemogućnosti bolesnika da produktivno sudjeluje u životu zajednice<sup>3</sup>.

Mjerna jedinica DALY je zbog načina izračuna podvrgnuta kritikama (Grosse i sur. 2009), a neke paradokse u načinu računanja primjećuje i sama SZO (2013:13) - naime, svakoj bolesti koja je uključena u analizu pripisana je određena "težina" između 0 (potpuno zdravlje) i 1 (smrt). Za određivanje težina pojedinih bolesti bili su zaduženi timovi stručnjaka, no neke od pripisanih težina izrazito su nelogične - primjerice amputacija jedne ruke nosi težinu

---

<sup>2</sup> prevalencija je broj dijagnosticiranih u odnosu na cjelokupnu populaciju u određenoj vremenskoj točki, a incidencija broj novodijagnosticiranih slučajeva, primjerice broj novih dijagnoza u nekoj godini na 10000 stanovnika

<sup>3</sup> naglasak stavljen na ekonomske gubitke se u ranijoj metodologiji izračuna DALY-ja odražavao i u manjoj težini koja je pridavana djeci i starijim osobama, no u novoj metodologiji taj je faktor izbačen

0.044, amputacija obje ruke 0.13 a urinarna inkontinencija 0.142 (dakle, potonja se smatra najtežom od tri navedene situacije). Depresija je u GBD-u podijeljena na tri kategorije - blagu, srednje tešku i tešku epizodu, čije težine su redom 0.159, 0.406 i 0.655 (ibid.:73-74). Za usporedbu, veća težina od teške depresivne epizode pripisana je samo teškim oblicima multiple skleroze (0.707), teškim oblicima epilepsije (0.657), akutnom stanju shizofrenije (0.756) te ozljedi leđne moždine pri vratu koja nije podvrgnuta liječenju (0.673). Posljednje GBD istraživanje bazira se na kategorizaciji bolesti navedenoj u desetom izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema - MKB-10 (ibid.:2), a bolesti su podijeljene u tri skupine. Mentalne bolesti nalaze se u drugoj skupini u koju spadaju *noncommunicable diseases*, odnosno bolesti koje nisu zarazne ni prijenosne, a zahtijevaju dugoročno liječenje. Rezultati posljednjeg GBD istraživanja zbog ponešto izmijenjene metodologije ne mogu se uspoređivati s ranije objavljivanim rezultatima - nova računica rezultira znatno većim brojem DALY-ja u odnosu na ranije (ibid.:8), no kada se prethodni rezultati prilagode novoj metodologiji, i dalje je vidljiv porast globalnog opterećenja (odnosno broja DALY-ja) koji otpada na depresiju.

Opterećenje depresijom je za 1990. godinu procijenjeno na 33.711.148 DALY-ja - 1,32% od ukupnog opterećenja na svjetskoj razini, što ju je smjestilo na 17. mjesto. Do 2013. godine depresija se popela na 11. mjesto, sa ukupno 51.783.864 DALY-ja što je 2,11% globalnog opterećenja bolestima. Udio opterećenja mentalnim bolestima i ovisnostima općenito narastao je sa 4,68% na 7,05% od 1990. do 2013. godine<sup>4</sup>. Rezultati za Hrvatsku pokazuju kako je depresija 1990. godine uzrokovala 2,03% opterećenja, a 2013. godine 2,25%. Iako je apsolutni broj DALY-ja uzrokovanih depresijom 1990. godine bio veći - sa 33.030 se postepeno smanjivao da bi u 2013. godini iznosio 30.590<sup>5</sup>, ta razlika vjerojatno je uzrokovana smanjenjem ukupnog broja stanovnika. S obzirom na navedene podatke bilo bi lako zaključiti kako rezultati istraživanja jasno pokazuju na globalni porast apsolutnog i relativnog opterećenja mentalnim bolestima, a posebice depresije, no vrlo je važno sagledati metodologiju kojom su ti rezultati dobiveni (Busfield 2011:71). U GBD istraživanjima u velikom se dijelu radi o procjenama koje su stvorene na temelju raznih istraživanja provedenih na lokalnoj razini - za posljednje podatke o Hrvatskoj su korištena 152 različita znanstvena članka<sup>6</sup>. Dakle, dobivene procjene ne ovise samo o metodologiji izračuna DALY-

---

<sup>4</sup> <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

<sup>5</sup> ibid.

<sup>6</sup> <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2013-data-citations?components=1&locations=46&causes=294&risks=169&impairments=191>

ja (koja je, iako izmijenjena u posljednjem istraživanju, prilagođena te je najnovije podatke moguće usporediti s onima iz ranijih istraživanja), već i o kvaliteti epidemioloških istraživanja na nacionalnoj razini. Naime, epidemiološka istraživanja oslanjaju se na kategorizaciju određenu dijagnostičkim priručnicima, koja je i sama vrlo česta meta kritika.

Osim što je upitna validnost postojeće taksonomije psihijatrijskih dijagnoza, smatram da se potrebno zapitati kako je uopće moguće uspoređivati rezultate istraživanja koji su dobiveni temeljem nekoliko različitih taksonomskih sustava - tako se primjerice podaci za Hrvatsku do 1994. godine baziraju na MKB-9, a od 1995. godine pa nadalje na MKB-10 klasifikaciji. U metaanalizi epidemioloških istraživanja mentalnih bolesti, Zachary Steel i suradnici (2014:489) zaključuju kako su varijacije u prevalenciji pojedinih bolesti funkcija vremenskog perioda u kojem je istraživanje rađeno, što se djelomično može objasniti razlikom u pristupu epidemiologiji psihijatrijskih poremećaja, odnosno korištenju različite nomenklature i različitih dijagnostičkih priručnika. Ranija istraživanja u kojima se koristi dijagnostička nomenklatura iz priručnika MKB-8 i MKB-9 daje nešto niže procjene prevalencije, no ne pretjerano različite od onih dobivenih korištenjem priručnika DSM-IV, dok DSM-III, DSM-III-R i MKB-10 daju nešto više procjene prevalencije. Zaključak koji Steel i suradnici donose jest da bi s obzirom na učestalost mentalnih bolesti dostupnost tretmana za iste morala biti veća budući da se na njih troši značajno manje resursa nego na ostale kronične bolesti koje čine globalno opterećenje, podržavajući time viđenje depresije kao velikog javnozdravstvenog problema, no također naglašavaju problematičnost korištenja standardiziranih dijagnostičkih priručnika koji pri epidemiološkim istraživanjima daju različite rezultate.

Porast broja dijagnosticiranih mentalnih bolesti nije nova pojava; medicina se još tokom 18. stoljeća našla dijelom procesa kojim se kroz standardizaciju i znanstvenu racionalnost počelo kontrolirati sve više aspekata ljudskog života. Biopolitičke mjere nadzora i kontroliranja populacije se prema kraju 18. stoljeća počinju širiti u domenu mentalnog zdravlja - upravo je to razdoblje u kojem nastaje *azilska psihijatrija*.<sup>7</sup> To je također i doba u kojem je započela medikalizacija emotivnih stanja koja nisu bila u skladu s poželjnim racionalnim ponašanjem te njihovo smještanje u domenu medicine (Foucault 1989). Ovaj proces bio je uvelike omogućen promjenama u znanstvenom pristupu mentalnim bolestima te potpomognut epidemiološkim istraživanjima i prikupljanjem detaljnih statističkih podataka.

---

<sup>7</sup> azilskom psihijatrijom naziva se razdoblje samog kraja 18. i prve polovice 19. stoljeća u kojem se oboljeli od mentalnih bolesti izmještaju u institucije odvojene od bolnice a istovremeno se javljaju prvi liječnici posvećeni isključivo radu s mentalno oboljelima (Ellenberger 2015:58)

Upravo početak vođenja detaljnih statistika u 19. stoljeću Foucault (1984:274) navodi kao primjer stvaranja globalnih politika zdravlja. Problematika korištenja različitih dijagnostičkih priručnika pri procjeni globalnog opterećenja bolesti u svojoj srži se zapravo odnosi na pitanje medikalizacije - u slučaju depresije radi se o potpisivanju sve šireg spektra simptoma pod definiciju bolesti - određena ponašanja koja su se u prošlosti smatrala normalnim reakcijama na životne okolnosti sada su postala simptomi depresije ili pak znakovi koji ukazuju na mogućnost njene pojave.

SZO definira mentalno zdravlje kao stanje u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može se nositi sa stresom svakodnevnog života, raditi produktivno i plodno i pridonositi zajednici<sup>8</sup>. Definicija mentalnog zdravlja ne svodi se dakle isključivo na nedostatak bolesti, već na potpuno zdravlje, izostanak bilo kakvih simptoma koji bi dali naslutiti da bi se kod pojedinca bolest možda mogla razviti u budućnosti. Posebno je zanimljiv dio koji govori o nošenju s normalnim životnim stresom te mogućnosti produktivnog rada i sudjelovanja u društvu, prema kojem se svaki oblik odmaka od navedenog može smatrati znakom patologije. Gdje se nalazi granica “normalnog” životnog stresa koju bi pojedinac morao biti sposoban podnijeti i trpiti? Impliciranje uzročno-posljedične veze prema kojoj je nesposobnost osobe da se nosi s teškim životnim okolnostima uzrok “neproduktivnog” sudjelovanja u društvu previđa velik broj onih koje je upravo sustavno oduzimanje prava i podvrgavanje ekonomskom nasilju dovelo do bolesti. Upravo je ekonomski aspekt često naglašavan kada se govori o važnosti liječenja depresije, no što nam zapravo govore statistike o globalnom opterećenju bolestima - odražavaju li one realno stanje zdravlja populacije kojoj je potrebna pomoć ili pak, u ovom slučaju, ukazuju na to da kako se pozornost ljudskoj patnji pridaje selektivno, ovisno o tome kolike ekonomske gubitke ona uzrokuje? Produktivan rad i doprinos zajednici zapravo se dijelom kose sa definicijom poremećaja iznesenom u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM), prema kojem se bolešću ne smatra socijalna devijacija - “neproduktivno” sudjelovanje u društvu ili neprilagođenost društvenim normama ne moraju nužno biti znak mentalne bolesti (APA 2013:20). Problem sve fluidnije granice između normalnog i patološkog jedna je od najčešćih kritika koja se upućuje suvremenoj klasifikaciji mentalnih bolesti, te će stoga u nastavku biti opisan proces koji je doveo do trenutne biomedicinske konceptualizacije depresije.

---

<sup>8</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

## 4. MEDIKALIZACIJA TUGE - OD MELANKOLIJE PREMA DEPRESIJI

### 4.1. Konceptualizacija depresije do 19. stoljeća

*“Jer kao, tipa uvijek postoje ti neki razlozi koji su opravdani, tipa kaj ja znam, deda mi je umrl, žalujem, i onda svi očekuju da budeš tužan i to je u redu, kužiš. Al ak ja velim onak, ne znam, imam osjećaj da ovo sve nema smisla, i onak samo me izjeda ta praznina i anksioznost u prsima, kaj budu, mislim, kao prvo, neugodno bude im jer sam to rekla. Kao drugo, kaj bude, u redu, razumijem? Nije to neki tolko ustaljeni mogući razlog zakaj nisi došiel u školu, ili na faks ili nekaj takvoga. Išla sam na vađenje krvi, ne znam, imal sam temperaturu... Imal sam egzistencijalnu krizu?”*  
(Ivona)

*“Da i nešt mi je isto zanimljivo, dosta ljudi iz moje okoline, na početku, možda su me htjeli utješiti, pa su onak rekli “pa da, svako dobi nekakvu dijagnozu, sad ja bi mogo dobit sto dijagnoza” i tak, ali opet nije baš tak to banalno. Zato što nemaš razlog ić psihijatru. Naravno onaj ko je došo, zapravo i treba neku... mislim dijagnozu. (...) Mislim ja ne mislim da bi trebalo biti stigmatizirano i mislim da se može svakome dogoditi, ali opet je nešto ozbiljno i je nešto realno.”* (Višnja)

Razlika između normalne i patološke tuge, odnosno tuge koja ima vidljiv i jasan uzrok i one koja se javlja naizgled bezrazložno u nekoliko se navrata javila kao motiv u mojim razgovorima s kazivačicama, kao i u razgovorima s kolegama sa studija koji unatoč osjećajima koje nazivaju depresivnima nisu odlučili potražiti stručnu pomoć. Prema njihovim objašnjenjima, postoji određena razlika između “prave” depresije i depresije koja je uzrokovana vanjskim čimbenicima poput prekida veze, smrti ili loše ekonomske situacije. Kroz povijest se upravo ta distinkcija često koristila kao način razlučivanja između normalnog i patološkog ponašanja.

Simptomi slični depresiji prvi se put spominju u egipatskim i asirsko-babilonskim zapisima, gdje se stanja koja bismo danas nazvali depresivnima povezuju s idejom grijeha. Kao konceptualna prethodnica depresije često se navodi melankolija, čiju je prvu definiciju kao posebne bolesti dao Hipokrat, objašnjavajući da je ona strah ili tuga koja traje vrlo dugo (Horwitz i Wakefield 2007:57). Neki od simptoma melankolije koje Hipokrat spominje su

nesanica, iritabilnost i nemir. Melankolija se u tom razdoblju smatra kroničnim mentalnim poremećajem, a Hipokrat opisuje još dva patološka mentalna stanja - frenitis i maniju (Ellenberger 2015:22). U samoj se riječi "melankolija" odražava grčki medicinski princip o četiri tjelesne tekućine čija neravnoteža uzrokuje bolesti - krv, sluz, žuta žuč i crna žuč. Uzrokom melankolije smatrao se suvišak crne žuči (ibid.:23), a riječ "melankolija" (*melas* - taman i *kholé* - žuč) prevedena s grčkog doslovno znači tamna žuč (Jansson 2013:17). Stoljeće nakon Hipokrata, Aristotel piše o razlici između melankolične naravi ili temperamenta i melankolije kao poremećaja - najvažnija distinkcija prema njemu bila je da se kod melankolije kao poremećaja javlja tuga neproporcionalna događajima koji su je uzrokovali ili pak uopće nema uzroka tuge (iako se neposrednim uzrokom smatrala neravnoteža tjelesnih tekućina, ovdje se misli na vanjske, okolišne utjecaje).

Ovu tradiciju slijedili su i rimski liječnici - Galen je slijedio Hipokratovu definiciju prema kojoj je melankolija strah ili depresivno raspoloženje koje traje izrazito dugo, a poput Aristotela, i Galen je razlikovao melankoliju koja je aspekt nečije osobnosti i melankoliju koja je bolest uzrokovana neravnotežom tjelesnih tekućina. Galenov model ostaje dominantan idućih 1500 godina, no mnogo je zapisa iz tog razdoblja izgubljeno (Ellenberger 2015:29-31). Malobrojni tekstovi iz srednjega vijeka govore uglavnom o općenitim kretanjima u brizi za mentalno oboljele - to je razdoblje u kojem se po prvi puta javljaju institucije posvećene njihovom liječenju (u 6. stoljeću u Bizantskom Carstvu, a osnovao ih je car Justinijan), no nije jasno kako su točno funkcionirale. U zapadnim dijelovima Europe u vrijeme srednjeg vijeka Crkva ima svojevrsan monopol nad znanjem, a kao i u ranim danima kršćanstva ona slovi za instituciju koja brine o bolesnima (Torre 2014:26). Kroz 14. i 15. stoljeće osnovano je nekoliko bolnica za mentalno oboljele (uglavnom u Španjolskoj), no o njihovom se funkcioniranju također vrlo malo zna (Ellenberger 2015:40). S renesansom dolazi do mnogo promjena u načinu viđenja svijeta a izum tiskarskog stroja pomogao je da se mnoga pisana djela iz tog razdoblja sačuvaju (ibid.:42).

Tradicija razlikovanja melankolije koja ima vanjski uzrok od melankolije bez vidljivog uzroka nastavlja se i u ovom razdoblju te se samo potonja smatra bolešću. 1586. engleski liječnik Timothy Bright objavio je djelo *Treatise of Melancholy* u kojem detaljno opisuje razliku između pravog melankoličnog poremećaja i nepatoloških stanja tuge i očaja, za koje tvrdi da su uzrokovani grijehom. Njegova je pretpostavka bila da postoji "prirodan" osjećaj, tuga, koji svoj patološki oblik poprima u vidu melankolije (ibid.). Još jedno od važnih djela jest *Anatomija Melankolije* koju je 1621. godine objavio Robert Burton, u kojem tvrdi

da simptomi poput tuge sami po sebi nisu znak bolesti - prema njemu na melankoliju ukazuju samo simptomi bez vidljivog uzroka (ibid.). Za vrijeme renesanse medicina se odvaja od filozofije te postaje grana prirodnih znanosti. Iako u to vrijeme psihijatrija još uvijek ne postoji kao zasebna disciplina, mentalne bolesti više se ne pripisuju neravnoteži tjelesnih tekućina već poremećajima u živčanom sustavu (ibid.:45).

18. stoljeće bilo je razdoblje u kojem se naglasak stavlja na pokušaje klasificiranja bolesti - 1763. godine Francois Boissier de Sauvages objavio je djelo *Nosologia methodica* u kojem opisuje 10 razreda bolesti. Mentalne bolesti bile su smještene u osmi razred, koji je bio podijeljen na 4 reda i 23 roda, od kojih je jedan bio melankolija, podijeljena na 14 vrsta. Također, ovo djelo je prvi primjer uključivanja kulturno vezanih sindroma u klasifikacije - de Sauvages u njemu opisuje malajski amok (ibid.:49-50). U prosvjetiteljstvu također dolazi i do zamjetnog porasta broja institucija posvećenih brizi o mentalno oboljelima, a institucije proizlaze iz dva suprotna modela - zatvora i samostana. Samostanske institucije uglavnom su rezervirane za privilegirane pacijente, dok su siromašni bili držani u institucijama zatvoreničkog tipa (ibid.:53). Ovo je doba u kojem se na institucionalnoj razini počinje disciplinirati mentalne bolesnike putem zatvaranja u umobolnice, no nisu se zatvarali samo "luđaci", već su se na isti način tretirali i siromašni i nezaposleni slojevi populacije - zatvaranje u azile te prisilan rad koristili su se kao mjera kontroliranja siromašnih, čiji se nerad interpretirao kao odraz moralne manjkavosti i nedostatka discipline (Foucault 1989:53). Umobolnice su osnivane kako bi se osobe devijantnog ponašanja koje nisu kršile zakone mogle socijalno izolirati i nadzirati, one nikako nisu bile prvi primjer socijalne izolacije, no po prvi puta se na institucionalnoj razini počinje provoditi izdvajanje psihičkih bolesnika iz društva. Umobolnice su u Europi u jednu ruku služile kako bi apsorbirale besposlene pojedince s ciljem sprečavanja njihove pobune, što je bilo najistaknutije u razdobljima niske zaposlenosti (ibid.). Dakle vidljivo je da je već u tom razdoblju pitanje definicije mentalnog zdravlja u jednom vidu bilo vezano uz ekonomske prilike što se odrazilo u medikalizaciji socijalnih problema.

Izraz "depresija" koristio se i ranije, no od početka 19. stoljeća počinje ga se povezivati sa ekonomskom recesijom te se negativne konotacije prenose i u polje mentalnog zdravlja. Depresija u to vrijeme nije bila sinonim za melankoliju (Jansson 2013:90), te je pogrešna pretpostavka da se radi o dva naziva za istu bolest, odnosno iste simptome. Točnije bi bilo reći da se "depresija" doživljavala kao način objašnjavanja, metafora za simptome melankolije, i to ne samo u psihičkom smislu već u smislu sniženja i usporavanja rada svih



organa (ibid.), a uzrok depresiji su liječnici u viktorijanskoj Engleskoj vidjeli u fiziološkim promjenama mozga (ibid.). Razlikovanje patološke melankolije od normalnih teških emotivnih stanja se nastavlja i kroz 19. stoljeće, kada dominira stav da su patološke emocije intenzivnije, dulje traju te su manje podložne utjecaju vanjskih čimbenika (ibid.:97). Suvremene interpretacije viktorijanske melankolije kao bezrazložne tuge Asa Jansson (ibid.:107) naziva pogrešnima - u to vrijeme razlikovali su se vanjski uzroci (koje su uglavnom navodili pacijenti) te unutrašnja objašnjenja koja su potom liječnici pripisivali i interpretirali. Unatoč raznolikosti u konceptualizaciji i simptomima melankolije kroz povijest, sve do 19. stoljeća može se primijetiti određeni kontinuitet čije su specifične karakteristike ovisile o vremenskom i kulturnom kontekstu (ibid.:18). Do tog razdoblja su se do određene mjere podudarale pučke i medicinske percepcije i objašnjenja melankolije (ibid.:82), nakon čega se one sve više razdvajaju. Do kraja 19. stoljeća melankolija je postala najčešće dijagnosticirana psihička bolesti te bolest o kojoj se najviše pisalo (ibid.:83).

Iako suvremena biomedicinska razmišljanja o mentalnim bolestima u određenoj mjeri vuku korijene iz razdoblja antike, pojmovi poput melankolije, depresije ili manije donedavno su bili vrlo labavo definirani te ne postoji jasan linearni prijelaz između koncepata melankolije i depresije. Naziv melankolija je kroz povijest označavao šaroliku skupinu simptoma, a konceptualiziranje melankolije kao bolesti unutar biomedicinske paradigme započelo je u 19. stoljeću (Jansson 2013:12). No važno je primijetiti da je kroz povijest vrlo često i kontinuirano navođena distinkcija između tuge koja se javlja bez uzroka (što je smatrano patološkom pojavom, odnosno melankolijom ili depresijom) i tuge kojoj je vidljiv vanjski uzrok (što se smatralo normalnom emotivnom reakcijom na vanjske okolnosti). Kleinman (1988:25) smatra da je takva podjela na endogenu i egzogenu depresiju nepotrebna - no ipak endogenu depresiju definira kao bolest koja se javlja bez društvenih ili psiholoških utjecaja, kao puku nasljednu bolest. Tvrdi da se i okolišni i osobni izvori depresije mogu naći bez obzira na njenu težinu ili genetske predispozicije.

Antropološki pogled stoga ne bi smio oboljenje, odnosno socijalne komponentne, shvaćanja i objašnjenje bolesti smatrati tek vanjskim slojem ispod kojeg se sakriva "prava" bolest. Baš naprotiv, antropološki pogled trebao bi biti usmjeren upravo na oboljenje, a ne na bolest. No za razliku od Kleinmana koji na neki način svaku pojavu depresivnih oboljenja smatra društveno oblikovanim, kretanja u suvremenoj psihijatrijskoj dijagnostici brišući distinkciju između egzogene i endogene depresije odlaze u drugom smjeru, pa se tako i najblaži oblici simptoma sve češće smatraju patološkom pojavom. Distinkcija između

normalne i patološke tuge se u službenim klasifikacijama izgubila tek prije nekoliko desetaka godina, no upravo je kraj 19. stoljeća, odnosno razdoblje azilske psihijatrije činilo plodno tlo za događaje koji su prethodili i doveli do trenutačnih dijagnostičkih kriterija depresije.

#### **4.2. Razvoj psihijatrijske dijagnostike i epidemiologije**

U 19. stoljeću psihijatrija postaje u potpunosti znanstvena disciplina, autonomna specijalizacija u okvirima medicine. I dalje se može zamijetiti konceptualno razlikovanje normalne tuge i patološke tuge, one bez vanjskog uzroka. Ovaj period označio je početak suvremene psihijatrije, razdoblje kada ona postaje sve raširenija i priznatija disciplina (ibid.:191). Upravo u vrijeme oblikovanja psihijatrije kao zasebne grane medicine javlja se poriv za epidemiološkim istraživanjima, koji uglavnom dolazi izvan same discipline. Statističke analize su se u to vrijeme smatrale potencijalno kvalitetnom osnovom oblikovanja javnih politika, koje bi time bile stvarane na temelju egzaktnih podataka umjesto temeljem raznih teorija ili političkih interesa (Horwitz i Grob 2011:633). Tako su prvi statistički podaci o mentalnim bolestima u SAD-u prikupljeni u sklopu popisa stanovništva 1880. godine. Bolesti su bile podijeljene u sedam kategorija koje su u velikoj mjeri bile deskriptivne te nisu u obzir uzimale etiologiju, odnosno uzrok bolesti, kako bi se psihijatrima olakšala komunikacija. Iako popisi stanovništva nisu dizajnirani da bi služili prikupljanju epidemioloških podataka, upravo su oni na prelasku iz 19. u 20. stoljeće postavili temelje psihijatrijskoj epidemiologiji i taksonomiji (ibid. 634).

Psihijatrijska epidemiologija zbog nedostatka adekvatnog klasifikacijskog sustava javila se kasnije od epidemioloških istraživanja unutar drugih grana medicine, te su je uvelike oblikovali ne psihijatri, već znanstvenici iz područja društvenih znanosti, poglavito statističari, koji su sudjelovali u stvaranju nomenklatura za popise stanovništva. S vremenom je postalo jasno kako se statistički podaci dobiveni o hospitaliziranim pacijentima ne mogu smatrati pouzdanim izvorima za epidemiološka istraživanja - korištene dijagnostičke kategorije nisu bile ni pouzdane ni validne<sup>9</sup>, a statistike o hospitalizacijama nisu se mogle uzeti kao mjera incidencije ili prevalencije bolesti jer nisu u obzir uzimale slučajeve bolesti kod kojih nije došlo do hospitalizacije (ibid.:638). Unificiranje psihijatrijskih dijagnoza u SAD-u dogodilo se 1917. godine kada je Odbor za statistiku Američkog medicinsko-

---

<sup>9</sup> dijagnostički kriteriji smatraju se pouzdanima ukoliko pri korištenju uvijek daju jednake rezultate, odnosno ako temeljem njih velik broj liječnika konzistentno postavlja dijagnoze (Kleinman 1988:10)

psihološkog udruženja (*American Medico-Psychological Asociation*, danas *American Psychiatric Association* - APA) zahtijevao da sve bolnice počnu koristiti jedinstven klasifikacijski sustav - Odbor je smatrao da se dotadašnje kaotično stanje negativno odražava na ugled Udruženja ali i na čitavu disciplinu (ibid.:634). Odluka je rezultirala stvaranjem prve nomenklature mentalnih bolesti, koja je objavljena 1918. pod imenom Statistički priručnik.

Paralelno s događanjima u SAD-u, sredinom i krajem 19. stoljeća u Velikoj Britaniji također dolazi do pokušaja prikupljanja što egzaktnijih statističkih podataka o pacijentima u umobolnicama. Institucije u Velikoj Britaniji bile su primorane voditi detaljne statistike o svojim pacijentima (Jansson 2013:164). Cilj ovih statistika primarno je bio praćenje stope samoubojstava (ibid.:147), koja se u tom razdoblju prestaju doživljavati kao grijeh te ih se sve više percipira kao posljedicu ludila. Suicidalne tendencije najviše se povezuju uz pacijente kojima je bila dijagnosticirana melankolija te postaju jedan od njenih najprominentnijih simptoma (ibid.:148). Vođenje brige o taksonomiji u viktorijanskoj je Engleskoj bilo podjednako važno kao i u SAD-u, te su se psihijatrijski priručnici izdani u to doba često bavili pitanjem klasifikacije (ibid.:149). Želja za stvaranjem što egzaktnije klasifikacije mentalnih bolesti uklapa se u šira kretanja u 19. stoljeću (ibid.:157) - upravo je to razdoblje u kojem Carl Linne piše *Systemae Naturae* a klasifikacijski sustavi nisu se smatrali umjetno konstruiranim podjelama već odrazima stvarnosti i prirode - manjkavost pojedinog klasifikacijskog sustava bila bi objašnjena kao rezultat manjkavosti poznavanja materije.

Istovremeno s gore opisanim zbivanjima, SZO pokušava formulirati jedinstveni klasifikacijski sustav bolesti koji bi poslužio kao temelj za komunikaciju među liječnicima u različitim dijelovima svijeta te je tako 1893. godine objavljeno prvo izdanje klasifikacije uzroka smrti, ICDa (*International classification of causes of death*). Navedeni priručnik je u svojoj šestoj reviziji proširen i klasifikacijom bolesti te otada skraćenica ICD znači *International classification of diseases and causes of death*, odnosno Međunarodna klasifikacija bolesti i uzroka smrti (MKB). Trenutačno je aktualna deseta revizija MKB-a objavljena 1992. godine (Frančišković 2009:119). Za psihijatriju je bila najznačajnija deveta revizija MKB-a objavljena 1979. godine. Ona je uključila neku vrstu rječnika za područje psihijatrijskih bolesti, što je bilo potaknuto istraživanjima koja su ukazala na malu pouzdanost dotadašnjih dijagnoza (ibid.). Nova klasifikacija se temeljila na fenomenološkom opisu psihopatologije - opservacija i utvrđivanje simptoma postali su najvažnija metoda za postavljanje dijagnoze, bez posebnog ulaženja u etiologiju odnosno naizgled bez teoretske pozadine o mehanizmima nastanka bolesti.

Ranije navedeni podaci o globalnom opterećenju bolestima SZO-a baziraju se na podjeli navedenoj u MKB priručniku, no kada se govori o psihijatriji puno češće mogu se čuti kritike na račun Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne bolesti, DSM-a, kojeg objavljuje APA. Iako je DSM službeni priručnik psihijatrijske dijagnostike u SAD-u, on se često koristi i u drugim zemljama budući da ga se smatra preciznije strukturiranim te stoga pogodnijim za istraživanja, no upravo zbog njegove široke upotrebe dijagnostičke kategorije su prevedene te su usklađene sa sustavnom šifriranja iz MKB-a (ibid.:121).

Prvo izdanje DSM-a objavljeno je 1952. godine te je sadržavalo 109 dijagnoza, a u njemu se odražavao utjecaj tada raširenih psihodinamskih ideja. DSM-II objavljen je 1968. godine te je sadržavao 182 dijagnoze, a za ovaj rad najzanimljivije je treće izdanje DSM-a objavljeno 1980. godine koje je sadržavalo ukupno 265 dijagnoza. Prvo i drugo izdanje nastali su pod utjecajem psihodinamskih teorija te su implicitno razlikovali normalnu tugu i onu patološku, odnosno depresiju.

Za konceptualizaciju depresije jedna od najvažnijih podjela unutar psihijatrije dogodila se na prelasku iz 19. u 20. stoljeće. Jedna je psihijatrijska struja nastavila slijediti rad Emila Kraepelina, a druga rad Sigmunda Freuda. Freud je razvio teoriju koja je vrlo malo pažnje posvećivala liječenju simptoma (što čini okosnicu današnje psihijatrije) te je umjesto toga njen cilj bio naći pravi uzrok problema u unutrašnjem svijetu bolesnika, kroz dugi vremenski tijek, a takav pristup i dalje je glavna odrednica psihodinamskog pristupa (Moro 2009:38). Freud je uzroke vidio u konfliktima unutar psihe koji su prema njemu bili posljedica ranih životnih iskustava. Psihoanalitičari su također razlikovali normalnu i patološku tugu, a Freud (2006:310-311) je primjerice tvrdio kako bi liječnička intervencija kod osobe koja prolazi kroz žalovanje mogla više odmoći nego pomoći, budući da se ne radi o patologiji već očekivanoj i normalnoj reakciji na gubitak. U svom djelu *Žalovanje i melankolija* objašnjava kako se kod melankolije zapravo radi o agresiji koju pojedinac nije uspješno izrazio i usmjerio je prema njenom uzroku, već prema samome sebi (ibid.:6). Psihodinamsko viđenje bilo je popularno u prvoj polovici prošlog stoljeća, ali najveći utjecaj na suvremenu psihijatrijsku klasifikaciju je zapravo imao Kraepelin. Njegovi pokušaji klasifikacije mentalnih poremećaja smatraju se izravnim pretečama DSM-III, odnosno treće verzije Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne bolesti. Upravo se treće izdanje DSM-a smatra onim koje je donijelo velike promjene u načinu na koji se mentalne bolesti konceptualiziraju i kategoriziraju u biomedicinskim okvirima.

### 4.3. DSM (Dijagnostički i statistički priručnik) - validnost dijagnostičkih kriterija

Prije objave DSM-III, pod utjecajem psihodinamskih teorija u psihijatrijskoj klasifikaciji postojalo je razlikovanje endogene depresije, koja nastaje bez uzroka, i manje jake verzije - reaktivne ili egzogene depresije. No tokom šezdesetih i sedamdesetih DSM-II našao se na udaru mnogobrojnih kritika prema kojima dotadašnji dijagnostički kriteriji nisu bili dovoljno pouzdani. Kritike su bile izazvane istraživanjima koja su pokazala da psihijatri na temelju istih simptoma postavljaju različite dijagnoze te često nisu u stanju razlikovati normalno od patološkog ponašanja (Busfield 2011:22). Dakle, DSM-III je nastao pod velikim političkim pritiskom, a kontekst u kojem je on nastao bio je izrazito okrenut protiv psihodinamske paradigme koja je dominirala poljem psihijatrije.

Želja da se čitavu disciplinu učini egzaktnijom i znanstvenijom potpomognuta rezultatima farmakoloških istraživanja uvelike je utjecala na novu klasifikaciju u DSM-III. U sedamdesetim godinama 20. stoljeća dolazi do okretanja prema taksonomiji koja je detaljnije elaborirana i vrlo specifična, a korijene vuče iz Kraepelinovog rada. John Feighner sa Sveučilišta u Washingtonu razradio je set dijagnostičkih kriterija, a najveća promjena u kriterijima za dijagnosticiranje depresije bila je ta da se svaka reakcija koja je trajala duže od mjesec dana smatrala patološkom, čak i ako se radilo o žalovanju. Feighnerove kriterije je kasnije prilagodio Robert Spitzer u svoje Istraživačke i dijagnostičke kriterije (*Research and Diagnostic Criteria* - RDC), a on je ujedno i prvi koji je upotrijebio izraz *major depressive disorder*. Spitzer je kao vremensku odrednicu nakon koje se tuga počinje smatrati depresijom odabrao dva tjedna (što vrijedi i danas), a njegovi su se kriteriji pri mnogim istraživanjima pokazali kao vrlo pouzdani, što je bio i prvobitni cilj stvaranja novog taksonomskog sustava. Mnoge značajke Feighnerovih kriterija kao i Spitzerovih Istraživačkih i dijagnostičkih kriterija uklopljene su u DSM-III koji je objavljen 1980. godine. U njemu se koristi set simptoma za definiranje depresivnih poremećaja, a jedinu moguću iznimku čini žalovanje nakon gubitka (smrti) voljene osobe.

Iznimka o žalovanju ne uključuje niti jedan drugi oblik gubitka, pa se tako oni ne smatraju valjanim uzrokom tuge već takvi slučajevi spadaju u patologiju. Žalovanje kao legitiman uzrok simptoma depresije pojavio se i u razgovoru s mojim kazivačicama - Ivona je pri opisu prvog susreta sa psihologinjom opisala trenutak u kojem joj ona govori kako zapravo nije depresivna:

*“Tak da, onda me pitala “Dobro, zbog čega si tužna?”, i onda sam joj ja ispričala to, da zbog dečka, i onda je ona rekla “Pa nisi ti u depresiji nego si ti samo u kao fazi žalovanja”. I onda sam ja bila, kak je to glupo od tebe da ono uopće, da je zaključila da sam u fazi žalovanja bez da je, da me pitala bilo koje drugo pitanje, tipa zakaj je jedan prekid prijateljstva uzrokoval tak veliku reakciju, kužiš.” (Ivona)*

Ivona i sama primjećuje kako je njena emocionalna reakcija bila neproporcionalno snažna i teška, što se prema dijagnostičkim kriterijima uzima kao važan podatak. Samo žalovanje u DSM-u se navodi kao iznimka pri dijagnosticiranju depresije - ono se smatra normalnom reakcijom na gubitak voljene osobe, no ukoliko simptomi traju predugo ili su pak pretjerano snažni postoji mogućnost da se žalovanje pretvori u depresiju, odnosno da normalno prijeđe u patološko.

Feighnerovi kriteriji te Spitzerovi RCD kriteriji pokušali su odbaciti pretpostavke o etiologiji te se oslanjati na što pouzdanije definicije bazirane na simptomima, što je preneseno i u DSM-III. Slična klasifikacija počela se koristiti pri epidemiološkim istraživanjima, a smatrala se brzom i pouzdanom te je time i minimiziran trošak provođenja istraživanja. Skupine znanstvenika koje su razvijale navedene taksonomije bili su samoprozvani neokrepelijanci, odnosno slijedili su rad Emila Kraepelina, odbacujući psihoanalitičke i psihodinamske principe. Trendovi započeti s trećim izdanjem DSM-a nastavljeni su i u njegovom četvrtom i petom izdanju (objavljeni redom 2004. i 2013.), a novopostavljenim dijagnostičkim kriterijima htjelo se doprinijeti znanstvenoj dimenziji psihijatrije, omogućiti lakše, preciznije i kvalitetnije provođenje istraživanja, kao i njihovu veću sistematičnost.

Iako se klasifikacija poremećaja navedena u DSM-III smatrala vrlo pouzdanom, ostaje pitanje je li ona validna, odnosno u čemu je utemeljena i koliko su ispravne dijagnoze koje sadrži? Također, važno je razlikovati primjenu iste taksonomije pri epidemiološkim istraživanjima (koja rezultiraju tvrdnjama poput one da je sve veći broj oboljelih od depresije), te njenu primjenu u kliničkom okruženju (Horwitz i Grob 2011:649). U epidemiološkim istraživanjima u potpunosti se ignorira kontekst u kojem se razvijaju simptomi, dok se pri konzultacijama s liječnikom njemu ipak pridaje određena važnost. S jedne strane postoji mogućnost da “bolest” prođe neopaženo, odnosno da osoba ne odluči potražiti liječničku pomoć jer je svjesna da se radi o privremenim poteškoćama uzrokovanim trenutnom situacijom (iako bi možda zadovoljila kriterija za dijagnosticiranje depresije), dok s druge strane i liječnici donose prosudbe o kontekstu prije nego postave određenu dijagnozu (ibid.). Epidemiološka istraživanja nemaju aparat kojim bi razdvojila mentalne bolesti od

privremenih poteškoća koje su nastale zbog trenutačnih vanjskih okolnosti. Zbog toga rigidnost epidemioloških upitnika stvara dojam da su mentalne bolesti izrazito velik javnozdravstveni problem (ibid.:651), a prema dijagnostičkim intervjuima simptomi ukazuju na prisutnost ili odsutnost poremećaja, bez uzimanja u obzir vanjskih okolnosti, etiologije ili eventualne težine bolesti (Busfield 2011:51). Budući da instrumenti epidemioloških istraživanja odražavaju klasifikacije temeljem kojih su napravljeni, validni su koliko i sama klasifikacija (ibid.:52), koja u slučaju mentalnih bolesti pretpostavlja da postoji set jasno odvojenih poremećaja koji su ili prisutni ili odsutni.

Ono što je problematično jest što upravo kod mentalnih bolesti nema jasnog uzroka koji bi se mogao ustvrditi (kao što su na primjer patogeni organizmi kod nekih fizičkih bolesti), već se prisustvo ili odsustvo bolesti utvrđuje na temelju klastera simptoma. Postavljene kategorije su u velikom broju slučajeva arbitrarne, rezultat dogovora i vode u simplifikaciju, dijagnoza ne svjedoči o težini bolesti već se svodi na etiketu, bez cjelovitog sagledavanja pacijenta te je upitna validnost čitavog klasifikacijskog sustava. Prevladavajuća psihodinamska objašnjenja uzroka melankolije, odnosno depresije, napuštena su sredinom dvadesetog stoljeća, a od osamdesetih godina etiologija je naizgled zanemarena u definiciji same bolesti, no različita stajališta postojala su istovremeno kroz povijest te se ovdje ne radi o glatkom prijelazu i promjeni paradigme. Raznolikost definicija, simptoma i samih iskustava primjećuje i Ann Cvetkovich (2012:157) koja kao veliku zamjerku medicinskom diskursu o depresiji navodi homogenizirajući ton koji tu istu raznolikost svodi pod isti nazivnik i prikazuje ju kao nešto univerzalno.

Proces postavljanja dijagnoza koji opisuju kazivačice također svjedoči o konfuziji koja vlada poljem psihijatrijske dijagnostike, iako bi postavljanje dijagnoze s obzirom na prisutne simptome u svom idealnom obliku trebalo biti vrlo jednostavno. Pokazuje se kako u praksi taj proces izgleda u potpunosti drugačije, a u njemu se odražavaju mnogobrojne razlike koje postoje unutar polja psihijatrije. Iz kazivanja je vidljivo kako postoje nesuglasice među psihijatrima i psiholozima koje su posjećivale, a koji se međusobno ne slažu oko težine i ozbiljnosti njihovih problema, pa čak ni oko same dijagnoze. Etiologija bolesti trebala bi biti nevažna pri postavljanju dijagnoze, no iz kazivanja je također vidljivo da psihijatri i psiholozi pri razgovoru s pacijentima ne uzimaju u obzir samo simptome već sagledavaju i širi kontekst. Ova naizgled dobra praksa u konkretnim slučajevima ipak se pokazala kao manjkava - uzimanje vanjskog konteksta u obzir pozitivno je samo ukoliko se dovoljno vremena posveti razgovoru s pacijentom kako bi se ušlo u dubinu problema. Budući da su

obje kazivačice same odlučile potražiti pomoć, dakle smatrale su svoje probleme dovoljno ozbiljnima, negativno su gledale na situacije u kojima su njihovi simptomi pripisivani žalovanju ili pak normalnom razvojnog procesu.

Kod obje kazivačice su se u početku bolesti uz tugu javili i somatski simptomi - nemogućnost spavanja te loš apetit. Ivona je upravo zbog nesanice odlučila potražiti pomoć:

*“Nisam mogla više spavati, to se javilo. Ili bi mi kasno trebalo da zaspem dugo, ili bi zaspala ali bi se počela buditi ranije, oko, ne znam, pet sati i tak dalje. I onda me to počelo iscrpljivati i onda sam, znači ja nisam imala nekakve, imala sam puno predrasuda prema psiholozima i prema ikakvoj ideji napretka i terapije, kao, funkcionalne terapije, pogotovo kognitivno-bihevioralne. I ovoga, i to mi uopće nije bil cilj nego mi je bilo u cilju samo otić do psihijatrica koja bude mi dala tablete da spavam i to je to, i nisam htjela ništ drugo imat s ikim.” (Ivona)*

Iako je zapravo željela recept za tablete za spavanje, zbog duge liste čekanja Ivona se u početku nije obratila psihijatru, već psihologinji (također unutar sustava javnog zdravstva). Kod nje je određeno vrijeme pohađala psihoterapiju a psihologinja njene simptome isprva nije smatrala znakovima depresije:

*“Uglavnom, na tom prvom satu terapije me ona samo pitala kao, kak sam, ja sam rekla da nemrem spavati, da bi basically htela spavati, i onda kao, da bi htjela tablete, i onda je ona rekla da se obično čeka s tabletama kao dok se ne utvrdi nekakva dijagnoza. Onda sam ja rekla dobro, kolko bude vremena trebalo da se utvrdi dijagnoza, onda je ona kao rekla da treba barem šest terapija da bi ona mogla otprilike reći kaj je, i da mi nemre ona nego psihijatrica dati lijekove. Ja sam rekla da znam. (...) U principu nije mislila da ima potrebe da ona radi s menom, jer ništ me ni ne muči zapravo, a mislila je da se OK nosim sa kao žalovanjem. A onda smo se počele viđati, onda sam joj ja i dalje, nisam spavala i nisam radila stvari, jer počel je u međuvremenu faks. Onda ju je počelo zbunjivati zakaj ja baš ne radim više stvari, tipa ono, sve više ne idem na predavanja i tak dalje, i onda je smanjila, onda je to povećala na svakih dva tjedna, i onda je na kraju povećala na svaki tjedan. Onda kad sam bila ful suicidalna, onda sam išla njoj, onda je ona htjela, psihijatrica... Znači nakon tipa četiri mjeseca terapije kod nje me poslala psihijatrici, jer kao previše sam depresivna da bi se sad mogla sama iz toga izvući, pa nek onda idem na antidepresive. Onda mi je psihijatrica dala antidepresive.” (Ivona)*



Dijagnoza mješovitog anksioznog i depresijskog poremećaja Ivoni je postavljena nakon kratkog razgovora sa psihijatricom te joj je tada prepisana i terapija lijekovima.

*“Onda mi je dala taj Fevarin, i to mi je bilo čudno, da za razliku od psihologinje koja me uporno umanjivala, moje probleme, ili kao, nije jumpala to conclusions, i ovoga, psihijatrica mi je nakon 15 minuta rekla, da da, evo tebi Fevarin, evo ti depresija...*

Jel ti dijagnozu napisala?

*Da da, rekla je “Moram ti napisati nekakvu dijagnozu tak da te mogu opet pozvat k sebi”, kasnije smo onda ustanovili točnu dijagnozu. Al ta je dijagnoza ostala. Ne znam kak se zvala više. Mislim da je bila ono, anksiozni i nešto...*

Anksiozno-depresivni poremećaj?

*Nekaj takvoga, da. A onda kad sam postala ful depresivna onda je bilo teška depresivna epizoda bez psihotičnih epizoda.” (Ivona)*

Višnjino iskustvo nešto je složenije - navodi kako je već od ranog tinejdžerstva imala određenih problema te je povremeno proživljavala kraće depresivne epizode, no dobro je funkcionirala te se odlučila obratiti psihijatru tek nakon prve pojave suicidalnih misli:

*“Ja sam isto na početku baš sam počela puno manje spavat, nisam baš mogla jest, to je bilo ono još prije tih suicidalnih misli, i baš tu neku tjeskobu osjećat, i stalni onak, baš stalni strah. I baš onu neugodu (...) Baš neugodu koja u biti se pojačavala kad bi bila recimo van kuće, a nekih dana sam ja onak ležala u krevetu onak, ful nepomično, jer ono, ne mogu ti opisat uopće, baš sranje. (...) Znači, pisala sam diplomski rad, i to baš ono intenzivno, i u jednom trenutku sam, onak, postala sam sve tjeskobnija i tjeskobnija, nisam mogla spavat i tak ono, jest i to. I ono, zaključila sam da ja to ne mogu i počela sam se osjećat ono, sve skupa mislim da je to trajalo možda mjesec dana, možda više, ono, jako loše i jako neobično, kao onak nikad prije. I u biti sam počela imat baš dosta snažne neke suicidalne misli. Onda sam odlučila potražiti nekakvu pomoć, i ovoga, htjela sam, vidjela sam to na internetu, da na Rebru postoji nekakva klinika, besplatna nešto, i tamo sam i zvala i ne znam šta, i niko mi se nije javio i to... I onda sam otišla na hitnu u Rebro jer sam baš onak, mislila sam OK, ono, mogla bi se otić ubit, baš je bila onak kriza. Jedino što onak, kad sam došla psihijatru, nisam to rekla. Jer mi je to bilo onak, joj sad će me on, ne znam, ak to kažem, neće bit... ne znam kaj će bit, ne, možda će reć odi na liječenje, ne. Nisam htjela ić na liječenje nekakvo, nisam opće imala iskreno nikakvu onak predstavu kak to sve skupa*

*izgleda i ništa, ono, tamo sam pričala sa psihijatricom možda sat vremena i ona mi je odmah napisala nekakvu dijagnozu, tipa anksiozni poremećaj ili anksiozno-depresivni poremećaj, znači ono bez ikakve, bez ičeg...*

Znači nakon jednog razgovora.

*Da, i odmah mi je prepisala antidepresive i anksiolitike.” (Višnja)*

No proces postavljanja dijagnoze za Višnju ovdje nije završio - nakon prvog posjeta psihijatrici obratila se i Savjetovalištu za studente na Filozofskom fakultetu, još dva puta je otišla na hitni prijem KBC-a Rebro, neko vrijeme je posjećivala dnevnu bolnicu u Vinogradskoj te je pohađala grupnu i individualnu psihoterapiju. Pritom je komunicirala s većim brojem psihijatara i psihologa, koji su imali različita mišljenja o njenom problemu, odnosno o tome je li joj uopće potrebna pomoć:

*I dobro, nekak sam to preživjela, i u biti sam tad nešto išla i na Filozofskom fakultetu na ovu kliniku za psihološku pomoć, tamo sam išla kod jedne psihologice par puta na razgovor, kao jer mi je onak... U biti sam onak, prvi put sam se susrela s tim, kak sad, ja nisam nikad ono, se htjela ubit, i sad odjednom imam baš taj poriv, baš poriv tjelesni, želju, i to mi je bilo užasno onak, čudno, ne. I da, i niš, to je tak bilo, i mislim da sam možda između otišla tipa još jednom na tu hitnu, pa su mi onda ono dali nekakvu drugu terapiju ili tak nešto ono, i da, onda sam kasnije krenula tamo kod nekakve psihijatrice i bila sam na tom nekom psihološkom testiranju i to, ali nije to meni niš ono pomagalo, nemrem reć. I to je tak trajalo više mjeseci, ono, imala sam tu jednu psihijatricu pa me ona poslala nekom drugom psihijatru, pa sam onda opet jednom bila na hitnoj, pa sam onda bila na Vinogradskoj na nekoj dnevnoj bolnici i tak, pa sam malo neke dijagnoze, jednu, drugu, treću... onak kao... iskreno nisam se onak prepoznavala u ničemu od toga. Ne znam, nekad, ali ne, ne baš previše. (...) Psihijatrica mi je u jednom trenu čak kao prepisala psihoterapiju, i to je bilo kod jednog doktora na Rebru, neću ga imenovat, koji je inače kao jako poznat, i mislim da privatno radi psihoterapije. Ali znači on, mislim to je bilo suludo, znači on je meni reko, “Ma ti dođi ponedjeljkom kad hoćeš” i kao ja sam došla, i kao koji je problem, i sad kao kak je počelo, aha diplomski, “Aha, ne ne, napiši ti diplomski, evo ja ću ti to izdat, ja sam ti tu urednik u ovom časopisu”. Da i tak, onda je tam držo neku terapiju, neku grupnu, pa je meni “Ajde odi ti”, ono koja nema nikakve veze s mojim problemima, “Ajde odi ti, mogla bi ti meni malo vodit te terapije”. Valjda me htio osnažiti, da sam ja, onak je reko, “Ja vidim da si ti pametna, ti nemaš nikakvih*

*problema”, i onak, tak bi mi pričali po pet minuta, i onda sam prestala u jednom trenu odlaziti jer mi to nije imalo nikakvog smisla nakon par puta.” (Višnja)*

U trenutku kada mi se Višnja prvi put obratila sa željom da bude kazivačica za moj diplomski rad, imala je postavljenu dijagnozu mješovitog anksioznog i depresijskog poremećaja te je preživjela jednu težu depresivnu epizodu. Kako je od prvih dogovora do samog provođenja intervjua prošlo više mjeseci, u međuvremenu je zbog pokušaja samoubojstva bila hospitalizirana i provela mjesec dana u psihijatrijskoj bolnici Vrapče te su joj postavljene dvije nove dijagnoze - bipolarni poremećaj te granični poremećaj ličnosti. U početku sam se dvoumila o uključivanju Višnjino kazivanja u rad budući da njena dijagnoza više nije bila depresija, no smatram da je unatoč tome njeno iskustvo vrlo korisno te pomaže sagledati ranije navedene aspekte psihijatrijske dijagnostike te fluidnost granica između normalnog i patološkog. Također, Višnjino kazivanje pokazuje koliko se u praksi razlikuju mišljenja stručnjaka i koliko njihovo vlastito obrazovanje i priklanjanje određenim psihijatrijskim pravcima utječe na način na koji objašnjavaju i doživljavaju iskustvo pacijenta, iako bi pri postavljanju dijagnoze prema dijagnostičkim priručnicima trebali zanemariti eventualnu etiologiju bolesti te se voditi samo vidljivim simptomima:

*“Mislim meni je trajalo dosta dugo dok su mi postavili dijagnozu, i dok su mi u biti, budem ti ispričala šta je bilo, ali dok su mi u biti sveli te simptome, koji su se kasnije desili, na ono da mogu izać. Jer da sam ja se samo pokušala ubiti, i bila depresivna i pokušala se ubiti, i da su rekli aha, ona je depresivna, mislim da bi bila možda tjedan dana. Al nije bilo tak jednostavno, ne. (...) Oni su ti meni kad sam ja došla, pretpostavka depresija, mislim pokušao si se ubiti, i dali su mi antidepressive. I nakon vrlo kratkog vremena sam ti ja postala jako vesela. Jako, jako vesela. I onda im je bilo jasno da to nije tak kao jednostavno, i u biti na kraju su mi postavili dijagnozu bipolarnog poremećaja, i uz to su mi još napisali borderline. (...) Znači, bipolarni, zašto? Znači ovako, mi smo njoj dali antidepressive, ona je reagirala manijom, znači da ima bipolarni poremećaj. Što moja psihoterapeutkinja kaže - ali jel to baš znanstvena metoda? Znači zar ne bi možda moglo bit neko drugo objašnjenje? Plus, ja sam imala znači u anamnezi, odnosno u prijašnjem iskustvu, već u tih godinu dana što sam išla psihijatrima prije, jednu fazu od dva mjeseca kad sam bila neuobičajeno vesela, a bila sam na antidepressivima, plus inače u životu sam onak, znala oscilirat, između ono nekakve, kratkotrajnih depresija, ali malo ono težih, tipa dva tjedna ne idem iz kuće i tako, do tog da sam bila, duže vrijeme ne bi spavala, i tak ono. Znači,*

*na temelju tog dvoje, i onda ti još kao stoji da to je obično tijekom nekog ko ima bipolarni, znači potraži pomoć kad je depresivan, postavljaju mu dijagnozu nekakve anksioznosti, depresije, u knjigama ti se navodi, promijenili jedno pet psihijatara dok ne dobi konačnu dijagnozu... Znači sve ono kak je kod mene to išlo. A borderline ne znam zašto su mi dali, to ti meni i dalje piše, zato što kao ja imam, tih nekih emocionalnih problema koje ne možeš potpisati pod bipolarni poremećaj, koji je čisto afektivni poremećaj u mozgu, neravnoteža, ovo-ono, rješava se lijekovima, kronično stanje, nikad se nemre izliječiti, zauvijek bit na lijekovima...” (Višnja)*

Osim posjeta psihijatrima Višnja posljednje dvije godine pohađa psihoterapiju, a prema njenim riječima terapeutkinja slijedi principe psihoanalize te simptome koje Višnja pokazuje tumači na drugačiji način od psihijatara koji su joj postavljali dijagnoze:

*“I u jednom trenu mi je ona kao, da, kad sam išla kod psihologice, ona je pak nakon tog svojeg vještačenja, rekla je da kao ona ne bi meni nikakvu dijagnozu dala nego da su to kao razvojni problemi, ono u smislu, mlad si, imaš neka ta previranja. (...) Znači tak moja doktorica, moja psihijatrica kaže da sam ja, mene mogu staviti u knjigu kao primjer bipolarnog poremećaja, moja psihoterapeutkinja kaže da ja nemam nikakav jebeni bipolarni poremećaj, niti išta drugo, ne. (...) Znači njeno objašnjenje je ovoga, mislim kao, ona kaže da je to jako često, znači da ja imam emocionalne traume, iz djetinjstva ranog, i imam, znači baš ono traumatične događaje ovoga, i da to tako obično bude onda, s ljudima, da ih šaltaju od dijagnoze do dijagnoze, a u biti ono, problem je u tome što onda... i onda načini na koje si se nosio s tim, na primjer ja sam pila puno, te neke stvari ti to onda to još dodatno zakompliciraju, i onda ako si malo nestabilniji te još dublje gurnu u nestabilnost.” (Višnja)*

Poput Ivone koja je u početku kontakta sa psihologinjom imala osjećaj da se njeni problemi umanjuju i pogrešno interpretiraju kao simptomi žalovanja, Višnja je također u početku negativno reagirala na psihodinamska objašnjenja svoje terapeutkinje prema kojima su njeni simptomi posljedica trauma iz ranog djetinjstva, ali i na čitav proces i sustav u kojem se našla, u kojem je dobivala vrlo nekonzistentne informacije te nije postojao konsenzus oko toga treba li joj uopće postaviti ikakvu dijagnozu:

*“Makar jako dugo sam se prepoznala i identificirala s tim, i to na neki pozitivan način, ajme, sad napokon znam šta nije u redu, i da tu ima neke pomoći, i da to je ono kao u mojoj glavi, to nisam ja, to mi je na početku kao tak značilo. I kad je meni prvi put psihoterapeutkinja kao tak rekla, da ono, ona misli da ja nemam, i onda sam ja*

*nedavno pitala, a zašto ste vi meni to opće rekli? Koja je bila motivacija? Ona kaže, “ja tebi moram to reć, moram bit iskrena, ne mogu ti lagat, ne mogu se praviti da ja to ne mislim, kad mislim”. Ja sam ono, naljutila sam se, jer zašto ona meni to uzima sad, znači nešto što mi daje priliku da se malo udaljim od tog, i kao, OK, nije sve do mene mislim, to je do mog mozga, ne, kao nešto na šta ja ne mogu utjecat. Makar sad kad sam malo još napredovala i osjećam se općenito dosta dobro trenutno mi je bolja pomisao, OK, nemam... znači ono, al zapravo onak, nije mi to tolko bitno. (...) A jedna stvar koje sam se sjetila, znači prije nego sam se ja pokušala ubiti, šta je mene ful izludilo ti je bio taj cijeli sustav u kojem sam se ja našla, od tih dijagnoza, od tih različitih bolnica, od tog da bi ja došla u Vinogradsku di je bilo kao, “Da da, sad ćemo mi tebi pomoć, bit će ti super”, i fakat mi je bilo super neko vrijeme, da bi mi onda rekli - “Aha dobro, sad si završila taj program, ajd se sat ti vrati na Rebrow”. I nisam više znala, mislim vjerujem u nekom smislu, al sam baš onak, dost sam onak ušla s povjerenjem u to, makar imam trust issues, baš teške, i onda su me onak nekak razočarali, i baš sam bila izluđena s tim. Jer odjednom sam imala nekakvih 5-6-7 psihijataru, psihologa, ne znam čega, koji su mi svi govorili različite stvari, i ono u biti, niko mi nije htio pomoć, ne znam kak da velim. (...) A na kraju sam se smiješ kad kužiš, dođeš znači prvi put ikad, odmah ti daju tablete koje imaju nuspojavu da si pojačano suicidalan, em kao što sam ja imala taj bipolarni od kojeg kao ne bi smio nikad samo antidepressive dobit, makar svi to tak dobiju, tak da nisam ja neka iznimka. Onda kao ti kažem, u roku od dva tjedna ti moraš imat pregled a naruče te za dva mjeseca, a ono...” (Višnja)*

U oba slučaja kazivačicama je dijagnoza bila postavljena kako bi im se omogućilo daljnje liječenje i kontakt sa psihijatrima te kako bi im se prepisala farmakoterapija. Postojanje “stvarnog” problema ili “stvarne” bolesti u oba je slučaja bilo podložno diskusiji, no unatoč tome kazivačice su postale dijelom službene statistike o broju oboljelih u Hrvatskoj. Upravo je to problem na koji se referiraju autori koji kritiziraju dijagnostičke kriterije od DSM-III naovamo (Busfield 2011, Horwitz i Grob 2011) - dok je u kliničkom okruženju moguće promotriti i detaljnije ispitati uzroke depresije te se donekle prilagoditi svakom pacijentu posebno, pri epidemiološkim istraživanjima ne ostavlja se prostor raspravama o etiologiji, a u statistike koje govore o porastu broja dijagnosticiranih slučajeva ući će i neki od onih u kojima je riječ o normalnoj reakciji na trenutačne životne okolnosti.

No kao što je vidljivo iz kazivanja, čak i unutar kliničkog okruženja postoji mnogo neslaganja među samim stručnjacima.

Opreka između endogene i egzogene depresije koja kroz povijest bila konstantno prisutna pri opisivanju depresije, melankolije i sličnih stanja, u posljednjih je nekoliko desetaka godina nestala iz dijagnostičkih priručnika, ali i dalje je prisutna ne samo u laičkom diskursu, već i unutar same struke. Obje kazivačice, kao i kolege s kojima sam vodila neformalne razgovore primijetili su istu dihotomiju, uspoređujući “pravu” bolest koja zaslužuje stručnu pomoć od sličnih simptoma uzrokovanih konkretnim i specifičnim događajima, koje nisu smatrali jednako teškima. No budući da su od objavljivanja trećeg izdanja DSM-a sve etiološke pretpostavke izbačene iz službene klasifikacije, a naglasak se pomaknuo na kriterije koji vrlo malo pažnje pridaju kauzalnosti te umjesto toga funkcioniraju kao popis simptoma, otvorio se sve veći prostor medikalizaciji do tada normalnog osjećaja - tuge.

Olabavljenje dijagnostičkih kriterija i povećanje broja dijagnoza nastavilo se i u četvrtom i petom izdanju DSM-a; konačan broj dijagnoza u posljednjem priručniku iznosi više od 300 - on je najopširniji do sada te sadrži 15 novih poremećaja. Da bi se dijagnosticirao depresivni poremećaj pacijent mora iskusiti veliku depresivnu epizodu koja se ne može pripisati niti jednoj drugoj bolesti, a kriteriji za veliku depresivnu epizodu uključuju popis simptoma od kojih minimalno pet mora biti prisutno u periodu od dva tjedna, pri čemu jedan od tih pet simptoma mora biti depresivno raspoloženje ili pak gubitak interesa i užitka. Iznimka o žalovanju, koja je bila prisutna prije petog izdanja DSM-a, sada je izbačena, te se spominje samo usputno. Iako se u DSM-5 ostavlja mogućnost da i druge vrste gubitka uzrokuju tugu koja se ne smatra patološkom, unatoč tome što zadovoljavaju dijagnostičke kriterije - kao neki od primjera navode se financijske poteškoće, teške bolesti i prirodne katastrofe - svejedno se preporuča obraćanje pozornosti na težinu i trajanje simptoma budući da bi oni mogli prerasti u kronično stanje depresije, čime se potiču što ranije intervencije kod “rizičnih” slučajeva (APA 2013:161). Uzrok globalnog porasta broja ljudi koji prema službenim podacima pate od depresije nalazi se dijelom upravo u gore opisanom procesu - promjena dijagnostičkih kriterija potpomognuta kritikama na račun neznanstvenosti psihijatrije dovela je do medikalizacije širokog spektra normalnih osjećaja i prihvatljivih reakcija na životne okolnosti, koji sada zadovoljavaju kriterije za dijagnosticiranje poremećaja - kada bi kroz povijest bili korišteni isti kriteriji, epidemiološka slika izgledala bi drugačije (Busfield 2011:2, Horwitz i Wakefield 2011).

Etiologija bolesti naizgled je ignorirana u DSM-u, no paralelno s medikalizacijom normalnih stanja sredinom dvadesetog stoljeća došlo je i do procvata farmaceutske industrije te do promjene u prevladavajućem načinu liječenja mentalnih bolesti - psihoterapiji mjesto sve češće uzima farmakoterapija što odražava neurokemijski eksplanatorni model nastanka mentalnih poremećaja. Iako je medikalizacija svakako odigrala ulogu u sve većem broju postavljenih dijagnoza, smatram kako ona ne predstavlja konačno i potpuno objašnjenje. Ako uzmemo kao pretpostavku da nam način na koji se unutar nekog društva konceptualiziraju zdravlje i bolest može poslužiti kao odraz vrijednosti tog istog društva, otvaramo prostor za pokušaj dubljeg objašnjavanja razloga zbog kojeg su se promijenili dijagnostički kriteriji, prostor za sagledavanje granice normalnog i abnormalnog - ako se uobičajene reakcije na životne poteškoće obilježavaju kao patološke, a dominantan eksplanatorni model mentalnih bolesti je neurokemijski disbalans, možemo zaključiti da se mentalno zdravlje gura u domenu privatnog života pojedinca, u potpunosti pritom zanemarujući moguće društvene uzroke. Isti se proces reflektira i u odmaku od oblika psihoterapija baziranih na psihoanalitičkim i psihodinamskim principima prema sve raširenijoj upotrebi psihofarmaka te terapija poput kognitivno-bihevioralne koje fokus stavljaju na pojedinca izoliranog od šireg društvenog okruženja u kojem se nalazi, stremeći njegovom osobnom unaprijeđenju, radu na sebi i potičući učenje načina na koji se on sam može nositi sa stresom, bez propitivanja strukturalnih korijena samog problema.

#### **4.4. Sprega psihijatrije i farmaceutske industrije**

Psihijatrija se od samog svog nastanka nalazi na marginama medicine, pod konstantnim pritiskom da se dokaže kao egzaktna znanost, a ne tek puko spekuliranje. Iako se često sredina dvadesetog stoljeća uzima kao razdoblje u kojem je psihijatrija postala primorana dokazivati svoju znanstvenost (što je dovelo do promjene paradigme, sve većeg korištenja psihofarmaka i kemijske neravnoteže kao općeprihvaćenog uzroka bolesti), zapravo se o istim pitanjima raspravljalo već i stotinjak godina ranije (Hecker 1871). Već tada se primjećuje kako su općeprihvaćena imena mentalnih bolesti poput melankolije, manije i demencije zapravo tek simptomi, čiji uzrok može biti čitav niz bolesti (ibid.), što stvara zbrku u polju psihijatrije. Tokom suvremene povijesti psihijatrije kao grane medicine izmijenilo se nekoliko modela objašnjavanja nastanka bolesti - psihološki, socijalni, psihosocijalni model, kao i bio-psiho-socijalni uzimali su u obzir faktore poput psihološke strukture, ranih iskustava

u djetinjstvu te okoline u vidu obitelji ili pak društva. Prvi pomaci prema biološkom modelu počinju se događati u 20-im godinama prošlog stoljeća, s istraživanjima mozga i živčanog sustava. Uskoro dolazi do prve izolacije neurotransmitera, a istraživanja su bila potaknuta induciranim komama i šok-terapijama (danas elektrokonvulzivna terapija) koje su bile učestali način liječenja psihičkih bolesti (Busfield 2011:84).

Iako su i ranije pri liječenju korištene somatske metode (Sabljić i Vlahović-Palčevski 2009:127), njihova svrha bila je ili sediranje pacijenta ili pak izazivanje konvulzija - nije bilo izravnog utjecaja na simptome bolesti već je primarni cilj bio smirivanje pacijenta. Kroz pedesete godine dolazi do sinteze novih psihoaktivnih supstanci, od kojih je najvažnije spomenuti otkriće *klorpromazina* 1951. godine. Klorpromazin je također isprva bio viđen kao sredstvo za kontrolu pacijenata, odnosno za smirivanje agitiranih stanja, te je stoga nazvan *neuroleptikom* ili *velikim trankvilizatorom* (Busfield 2011:86). No on je istovremeno bio prvi lijek koji je imao velik utjecaj na smanjenje psihotičnih simptoma kod oboljelih od shizofrenije. Budući da su njegove nuspojave bile slične simptomima Parkinsonove bolesti, koja je uzrokovana nedostatkom dopamina, postalo je općeprihvaćeno mišljenje da klorpromazin djeluje tako da smanjuje razinu dopamina te da stoga shizofreniju uzrokuje pretjerana stimulacija dopaminskih receptora. Rezultati kliničke upotrebe klorpromazina potaknuli su otkrivanje čitavog niza drugih spojeva čime se učvrstilo viđenje mentalnih bolesti kao biološki uzrokovanih.

S otkrićem prve generacije antipsihotika prestaje razdoblje azilske psihijatrije te postepeno počinje deinstitutionalizacija te pomak prema farmakoterapiji. Psihofarmaci zapravo predstavljaju novi oblik kontrole pacijenata - nakon njihovog otkrića ona više nije potrebna u onom očitom, fizičkom smislu, već se dovodi na razinu umrtvljenja i discipliniranja regulacijom neurotransmitora. U pedesetima također dolazi i do otkrića prvih antidepresiva - 1950. godine se prvi počeo primjenjivati *iproniazid* koji spada među *ireverzibilne inhibitore monoamin-oksidaze* (MAOI)<sup>10</sup>, a sredinom pedesetih uvedeni su i *triciklični antidepresivi*<sup>11</sup> koji su idućih dvadesetak godina bili najčešća metoda u liječenju depresije (Sabljić i Vlahović Palčevski 2009:133). Fokus liječenja depresije time postaju monoamini te od šezdesetih glavno objašnjenje uzroka depresije postaje njihov nedostatak u mozgu. Od osamdesetih počinje primjena lijekova iz SSRI skupine - *inhibitora ponovne*

---

<sup>10</sup> *monoamine-oxidase inhibitori* (MAOI) antidepresivi sprečavaju raspad neurotransmitera poput noradrenalina i serotonina, odnosno sprečavaju djelovanje enzima MAO

<sup>11</sup> ciklički antidepresivi blokiraju apsorpciju (ponovno preuzimanje) neurotransmitera serotonina i norepinefrina, povećavajući razine ovih dvaju neurotransmitera u mozgu



*pohrane serotonina* - od kojih je najpoznatiji i najrašireniji *Prozac*, a njihova učinkovitost usmjerila je sva daljnja istraživanja upravo na serotonin<sup>12</sup>.

Biološki obrat koji se dogodio u psihijatriji bio je rezultat djelovanja novootkrivenih lijekova, no način na koji su zaključci o uzrocima bolesti doneseni jest *ex juvantibus*, odnosno tek nakon što je primijećeno njihovo pozitivno djelovanje na simptome. Drugim riječima, logika kojom su se donosili zaključci bila je sljedeća: ukoliko određeni lijek olakšava simptome neke bolesti, tada je uzrok te bolesti suprotan od učinka lijeka. Nakon što je primijećeno da SSRI lijekovi pomažu kod depresije, postalo je općeprihvaćeno stajalište da je uzrok depresije smanjena razina serotonina u mozgu (Lacasse i Leo 2005:1212, Busfield 2011:84). Kao primjer koji pokazuje zašto je ovakav način zaključivanja pogrešan često se navodi aspirin - njegovi pozitivni učinci kod glavobolje nikako ne znači da glavobolju uzrokuje nedostatak aspirina u tijelu. Ovaj proces zaključivanja odrazio se i na samo imenovanje navedenih lijekova korištenih za umanjivanje simptoma mentalnih bolesti.

Rašireno vjerovanje o učinkovitosti psihofarmaka velikim je dijelom rezultat njihovog dobro osmišljenog brendiranja - popularni nazivi za pojedine lijekove navode na krive zaključke o njihovom načinu djelovanja, a sami nazivi mijenjani su kroz posljednjih pedesetak godina kako bi se njihova prodaja i prepisivanje usmjerili na određene bolesti. Tako je naziv "veliki trankvilizator" (*great tranquilizer*) postao "antipsihotik", iako stariji termin puno jasnije opisuje njegovo djelovanje - on doslovce smiruje pacijenta, umrtvljuje njegove simptome, no nikako ne liječi niti ne otklanja uzrok psihoze (Torre 2014:36). Naziv antipsihotik prvi se put koristi 1962. godine te u iduća dva desetljeća postaje sve češći. Terminologija koja se koristi pri marketingu lijekova navodi na zaključak da specifični neurokemijski procesi u mozgu na koje psihofarmaci djeluju uzrokuju određene bolesti. Analiza reklama za antidepresive u SAD-u pokazala je kako oni predstavljaju neurokemijsku neravnotežu kao uzrok depresije, što je pretpostavka koja nije potkrijepljena znanstvenim istraživanjima (Lacasse i Leo, 2005:1213). Upravo suprotno - neka istraživanja su pokazala kako je ponekad i placebo efektivniji od farmakoterapije (ibid.), a iako se SSRI lijekovi brendiraju kao antidepresivi, u SAD-u su odobreni kao lijekovi za sveukupno osam dijagnoza (ibid.). Među laicima rašireno i općeprihvaćeno vjerovanje da je uzrok depresije snižena razina serotonina pretpostavlja da postoji njegova optimalna, normalna razina koju bi trebalo postići (Moncrieff 2006:302).

---

<sup>12</sup> SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*) lijekovi sprečavaju prenošenje serotonina do sinaptičkog terminala, time blokirajući njegovo preuzimanje

U razgovoru s kazivačicama dotakle smo se i teme psihofarmaka - dok je Višnja od početka imala averziju prema njoj, Ivona je isprva željela iskućivo lijekove koji bi joj pomogli zaspati, no s vremenom je kroz psihoterapiju primijetila određeno poboljšanje te je stvorila otpor prema ideji farmakoterapije:

*“I onda sam već bila malo, sam imala određenu averziju, znači jer sam ja htjela samo ove za spavanje tablete, jer sam bila, nije me briga kaj mi je, samo hoću spavati, nije uopće bilo nikakve želje raditi bilo kaj sa sobom, rasti kao osoba i rješavati svoje probleme. A kad mi je ona htela dati Fevarin onda mi je to bilo, nije mi bilo skroz ko osobni poraz, ali mi je bilo onak, imala sam onaj trenutak, mislim trenutak, mjesec-dva, kad sam bila skeptična prema tome jer kao onak, ipak sam već četiri mjeseca onda radila s njom i postala mi je u međuvremenu OK, skućila sam da je žena inteligentna i to je sve počelo funkcionirati, upoznale smo se dovoljno, i onda sam imala osjećaj, imala sam osjećaj kao da odustaje od mene na neki način. “Moćemo razgovorom riješiti, moćemo razgovorom riješiti... ma daj ti ipak tablete”. A kaj se dogodilo s tim da moćemo i s razgovorom riješiti?” (Ivona)*

U dogovoru s psihologinjom i psihijatricom farmakoterapija trebala je služiti samo kao privremena pomoć, no kada je sama izrazila želju za postepenim smanjenjem doze susrela se s neodobravanjem psihologinje i psihijatrice kao i članova obitelji:

*“Da znači, ona je rekla da sam ja sad previše depresivna da bi uopće, da sam postala iracionalna u svojim razmišljanjima i da nemre opće s menom ona više kognitivno-bihevioralnu terapiju raditi, i da su ovo basically tablete da me stave na nekakvu nultu razinu otkuda ona dalje može raditi s menom terapiju i tak dalje. Tak da je to bila poanta. I onda zato i nisam, zato me iznenadilo kad su kao obje bile, “Oćeš da te skidamo s njih?”, jer dogovorile smo se da budemo me samo nakratko stavile na njih, i sad odjedamput su svi jako iznenaćeni s tim da me skidaju. Mislim, moja sestra i mama doma su bile “Aha, pa si sigurna? Pa već sad?” (Ivona)*

Obje kazivaćice propituju učinkovitost farmakoterapije - lijekovima je trebalo po nekoliko tjedana da počnu djelovati, njihovo djelovanje nije bilo onakvo kakvo su očekivale, te su razvile fizićku ovisnost o njima, a propituju i njihov učinak na simptome depresije:

*“To mi je bilo sad relativno teško kad sam se skidala s njega, s Misara, kad sam smanjivala dozu antipsihotika mi ništ nije bilo, a s Misara mi je bilo, imala sam, ne znam dal sam ti to pričala, budem ti ponovila opet, imala sam onih prvih tjedan dana*

*sam samo povraćala, imala sam sve moguće simptome ustezanja koje možeš imati kaj mi je bilo jako čudno jer nisam opće očekivala to, i nije mi psihijatrica opće rekla da budem ih imala, kaj je bilo onak, wow, was I in surprise! Uglavnom, onda je, najprije mi je, najprije sam prvih tjedan dana samo povraćala, i grčili su mi se mišići cijelo vrijeme, onda sam prestala povraćati nakon prvih tjedan dana, onda su mi se i dalje povremeno grčili mišići i to je bilo glupo jer bi bila na nastavi, htjela bi pisati bilješke i onda bi mi se počela grčiti ruka, i onda bi bila, ah, čekaj sad, i onda sam si masirala ruku ko neki bedak, i tipa dešavalo bi mi se recimo ne znam, ako bi sjedila u ovakvoj poziciji, ne znam, skvrčena, ako bi u bilo kojoj poziciji stajala nepomično 15 minut bi se trebala jako polako istezati, ne znam, baš je bilo čudno. I onda mi je još osim toga bilo, kak mi je to bilo prestalo nakon nekog vremena, to mi je bila rekla doktorica nek pijem magnezij zbog toga, a kak mi je to prestalo onda su bili, počela bi se znojiti, pa bi mi počela ruka drhtati, pa sam počela imati glavobolje... Uglavnom sve moguće kaj sam mogla imati, i onda je to sve nakon mjesec dana, nestali su svi ti simptomi, hvala Bogu da je nestalo, jer u principu nema nekakvog načina, samo moraš basically proći kroz to, nemaš nekakvog načina kak da se smanji.” (Ivona)*

Višnjino iskustvo dodatno je zakomplicirala činjenica da je u početku dobivala terapiju za depresiju čije su se nuspojave ispoljile u svom najtežem obliku - pojačanoj suicidalnosti, a nakon toga javile su se i epizode manije. Terapija joj izmijenjena nakon što su joj postavljene dijagnoze bipolarnog poremećaja te graničnog poremećaja ličnosti. Višnja također naglašava fizičke simptome ustezanja koje je doživjela u danima kada nije pila prepisanu terapiju antidepresivima, dok primjećuje kako nije bilo pogoršanja psihičkih simptoma:

*“Da, pila sam ti, sad ću ti reć, prvo su mi dali anksiolitik, nije Xanax nego neki drugi ko Xanax, ne mogu se sad sjetit, a od antidepresiva možda Elicea. I ništa, i rekla mi je da u biti kao trebam se naručit za dva tjedna najkasnije na pregled kod psihijatra. Ja sam se išla naručit i dali su mi termin za dva mjeseca, da. I ništ, ja sam onak pila tu terapiju, i mogu ti reć da mi nije to nikak pomoglo, nego naprotiv mi je bilo još gore, što kao, kasnije se ispostavilo zašto možda, a i inače kao ti antidepresivi znaju često kao nuspojavu imat baš pojačanje tih suicidalnih misli što je meni bilo. I baš onak tipa, dva tjedna sam ti ja onak, uglavnom ono, nije mi bilo dobro. Baš ono, nije mi nikak bilo dobro. (...) Makar moja doktorica je kao onak OK, ona se složila sa mnom da mi probamo maknut neke lijekove, i čak to je ove godine krenulo napokon, znači*

*nakon dvije godine, da sam uspjela jedan lijek ono smanjit za... sa 300 na 100 jedinica, što je onak puno, i dobro mi je, i čak je rekla da bi to ukinula. Imam još dva lijeka pa ono, vidjet ćemo. (...) Baš su, znaš šta ono, ja imam znači taj antipsihotik, antiepileptik i antidepresiv, i kao meni u glavi - antidepresiv, to je bezveze, mislim kao to je najnebitnije, kao si ja tak mislim. I desilo mi se par puta, u biti dvaput samo, da sam ostala bez njega. I jednom, kao za vikend, kao ja sam mislila, dobro, neću ga popit za vikend, pa kao ak mi bude dobro ga neću više pit, iskreno, to sam si mislila. I dobro ništa, prvi dan ništa, i drugi dan ti je meni bilo fakat loše, al ono fizički, baš ko neki hangover najgori ikad, da. I niš ono, naravno odmah sam išla u ljekarnu u ponedjeljak i uzela ga, i sve super. I drugi dan kad mi se desilo mi je samo nedostajao za jedan dan, i onda sam ja mislila pa dobro, prošli put je bilo kao dva dana, pa sad jedan neće ništ bit - opet.*

*Znači tolko...*

*Mislim ne znam jel sam ja možda malo osjetljiva na lijekove, jer znam da i neke druge stvari, tipa ne znam, kontracepcijske pilule, uvijek bi mi utjecalo na raspoloženje i tak neke stvari, možda jesam malo labilnija, ne znam...*

*Dobro al znači da tipa ti pomaže...*

*Al fizički se jednostavno... Mislim, fizički postaneš ovisan. Jer meni je bilo, nije meni psihički bilo loše, ne ne, samo fizičke simptome. Znači užasna glavobolja, mučnina... I mislim da ih nisam umislila, zato šta taj prvi put kad mi se desilo, znači ja, nije mi bilo jasno šta je, ja nisam to očekivala nimalo, i onda sam skužila da mora bit do toga. I drugi put opet nisam ful očekivala zato što sam mislila, aha, samo jedan dan, neće ništ bit... Tak da.” (Višnja)*

Iako je u periodima kada nije pila antidepresive Višnja primijetila isključivo fizičke simptome ustezanja, pri pokušaju skidanja s antipsihotika vratili su joj se simptomi depresije. Učinkovitost farmakoterapije te simptomi ustezanja koji su se javili prilikom smanjivanja doze naveli su je da dodatno promišlja o uzrocima i validnosti dijagnoze koja joj je postavljena, ali i o samim principima djelovanja farmakoterapije:

*“Ali kad sam to skidala, taj antipsihotik prvi put, sam postala ful depresivna, ali ne tipa sljedeći dan, nego za, mislim da sam ja izdržala skoro mjesec dana na toj manjoj dozi pa sam se vratila u dogovoru sa psihijatricom, i onda je trebalo vrijeme da mi je opet postalo bolje. Makar ja sam to pitala ovu, psihoterapeutkinju - ali ak ja nemam*

*kao, ak ja nemam te dijagnoze, zakaj ja pijem lijekove, zakaj meni to pomaže? Ali ono, mislim zakaj... Ipak, dio je ta neka biokemija, znaš ono. Eto pomaže. Ali to opet nije dokaz, ko što je za psihijatricu: lijek A djeluje B, znači dijagnoza C, i to je to. Znači nije toliko jednostavno, što ima i smisla, kad pogledaš, negdje sam čitala da vrlo velik broj lijekova se zapravo razvije tak da oni testiraju neki lijek za koji misle da će radit nešto, i onda radi nešto potpuno drugo kužiš, i onda ga patentiraju za skroz drugo.”*  
(Višnja)

Višnja također navodi kako je upoznala ljude s različitim dijagnozama kojima je propisana ista kombinacija psihofarmaka kao i njoj, što dodatno ukazuje na nelogičnosti i nesigurnosti koje su prisutne pri neurokemijskim objašnjenjima uzroka mentalnih poremećaja:

*“Da. Al kažem ti, jako je lako dobit dijagnozu. Pogotovo što ako ti tražiš neku pomoć oni moraju napisat dijagnozu... da bi nekaj ti kao pomogli. To ti je znači objašnjenje od moje psihoterapeutkinje, makar onda to po nekom mom razmišljanju bi se dalo svest na neki taj borderline, koji je ono, mislim ja ne znam puno o njemu, meni to samo piše... Ja dobivam terapiju za bipolarni, makar da mi ne piše bipolarni oni bi rekli da je to terapija za borderline, a znam i curu koja ima definiciju anksiozno-depresivnog poremećaja koja ima istu terapiju ko ja. Jer su počeli antipsihotike i sve te stvari malo širokije ruke raspisivat. Ali kažem... znam curu koja ima istu terapiju na anksiozno-depresivni.”* (Višnja)

SSRI lijekovi koje su koristile kazivačice se (uz ostale psihofarmake) unatoč svojoj upitnoj djelotvornosti sve više propisuju, a iako su isprva bili brendirani kao antidepresivi Torre (2014:79) primjećuje kako se i taj naziv sve manje koristi. Taj fenomen povezuje s medikalizacijom vrlo blagih oblika poremećaja i simptoma (najviše kod anksioznih poremećaja) pri kojima se kao terapija počinju prepisivati antidepresivi, što je simptom promjene paradigme - stav da jedan lijek liječi simptome jedne bolesti zamijenjen je stavom da se istim lijekom moguće poslužiti u borbi protiv više različitih poremećaja (ibid.). Torre ne navodi konkretne primjere ovog fenomena, no u Registru lijekova HZZO-a u podskupini N (lijekovi s djelovanjem na živčani sustav) nalaze se između ostalog kategorije nazvane antidepresivi i antipsihotici, iako se oni koriste pri liječenju širokog spektra poremećaja a ne isključivo depresije i psihoze. Kao uzrok ovoj promjeni navodi se uska povezanost farmaceutske industrije i psihijatrije - medikalizacijom blažih oblika bolesti znatno se proširilo tržište psihofarmaceutima (Busfield 2011:90, Torre 2014:84).

Govoreći o depresiji, upravo je prestanak razlikovanja endogene i egzogene depresije u DSM-u jedan od primjera širenja tržišta psihofarmaka - naime egzogena depresija, ona uzrokovana vanjskim stresorima i događajima, ranije se smatrala izlječivom pomoću psihoterapije, a u nekim slučajevima s vremenom nestaje sama od sebe ili pak se povlači kada nestane njen vanjski uzrok. Brisanjem te dihotomije te svrstavanjem svih simptoma depresije u isti koš, bez obzira na težinu i uzrok, omogućuje se prepisivanje terapije psihofarmacima i u onim slučajevima kada to i nije realno potrebno, odnosno kada oni nisu nužni. Torre (ibid.) ovaj fenomen naziva rastakanjem neurotskih simptoma (koje se moglo liječiti psihoterapijom) u dva pola - poremećaje depresivnog spektra i poremećaje anksioznog spektra. Uzrok naglog porasta u broju dijagnosticiranih mentalnih poremećaja Torre ne vidi u prethodnom poddijagnosticiranju, nagloj (neobjašnjivoj) epidemiji pa čak niti u društvenim čimbenicima, već isključivo u medikalizaciji dosad normalnih ponašanja - što korelira i sa porastom uzimanja psihofarmaka, a potpomognuto je korupcijom unutar zdravstvenog sustava. Navodi i kako je zapravo dio psihičkih poremećaja jatrogen, odnosno uzrokovan samom terapijom psihofarmacima, što se prema njemu odražava u činjenici da je stopa psihičkih poremećaja niža a ishod njihovog liječenja bolji u zemljama koje mnogo manje ulažu u mentalno zdravlje i sustave koji skrbe o njemu, odnosno u zemljama u kojima se u manjoj mjeri koristi farmakoterapija kao oblik liječenja (Torre 2014:21). Kritika medikalizacije i sve ležernijeg prepisivanja farmakoterapije svakako je važna točka u analizi prikazivanja porasta mentalnih bolesti kao javnozdravstvenog problema, no smatram kako je jednako važno analizirati i potencijalne društvene i političke uzroke ovog fenomena.

Psihosocijalni model objašnjavanja uzroka psihičkih poremećaja, čijim se začetnikom smatra Adolf Meyer (ibid.:40) dominirao je psihijatrijom od tridesetih do osamdesetih godina dvadesetog stoljeća. Iako su već tada u upotrebi bili anksiolitici, a sintetizirani su i antipsihotici te antidepresivi, najučestalije je bilo liječenje razgovorom a vrlo je popularan bio i koncept socijalne psihijatrije i psihijatrije u zajednici (ibid.). No ranije opisane kritike koje su ovoj grani medicine upućivane u to vrijeme, potpomognute drugom farmakološkom revolucijom odnosno razvojem nove generacije antidepresiva i antipsihotika u 80-ima otvorile su mnogo veći prostor za ulazak farmaceutske industrije u polje psihijatrije te je biopsihosocijalni model postupno zamijenjen bio-bio-bio modelom psihijatrijskih poremećaja (ibid.:42). Otada je vidljiv konstantan rast broja propisanih psihofarmaka te posljedično rast profita farmaceutskih tvrtki, koje su "kolonizirale" ovu sferu. Fluidne granice normalnog i patološkog te dijagnostika koja je do 80-ih smatrana nepouzdanom također su imale utjecaja

na razvoj ovih događaja - omogućile su proširivanje granica patološkog te medikalizaciju stanja i ponašanja koja su do tada smatrana posve normalnima, čime se istovremeno i povećalo tržište lijekova.

Joanna Moncrieff (2006, 2011), pripadnica struje kritičke psihijatrije, ovu pojavu smješta u kontekst društvenih i ekonomskih promjena koje su vidljive od kraja sedamdesetih - uvođenja neoliberalnih politika i deregulacije tržišta te istovremenog upliva tržišnih principa u zdravstveni sustav. Jedna od najvažnijih posljedica promjena na tržištu rada, posebice važna kada govorimo o depresiji, jest smanjenje radničkih prava - sve nesigurniji uvjeti rada, povećanje ekonomskih nejednakosti, sve duže radno vrijeme te potplaćenost. Istovremeno s rastakanjem socijalne države te sve manjim socijalnim pravima, Moncrieff primjećuje sve autoritanije javne politike, koje interpretira kao pokušaje kontrole pojedinaca koji su se našli na udaru neoliberalnih ekonomskih politika. Neurokemijska paradigma koja dominira objašnjavanjem etiologije mentalnih bolesti prema njoj omogućuje vrlo suptilan način kontrole stanovništva, sankcionirajući pritom sve više oblika ponašanja koji se počinju smatrati patološkima, istovremeno spriječavajući propitivanje socijalnih uzroka koji dovode do narušavanja mentalnog stanja.

## 5. SOCIJALNE DETERMINANTE MENTALNOG ZDRAVLJA

Pri pisanju ovog rada krenula sam od pretpostavke o utjecaju koji socijalni faktori imaju na mentalno zdravlje pojedinca. No što zapravo znači sintagma *socijalne* ili pak *kulturalne determinante*? Kao što Melford Spiro (2001:219) primjećuje, pod tu definiciju zapravo se svrstavaju svi uzroci koji nisu isključivo biološki - kapitalizam, kolonijalizam, siromaštvo, rasizam, društvena struktura... On u daljnjoj analizi (ibid.) odlučuje suziti definiciju kulture na društveno dijeljene i prenošene sustave normi, vrijednosti i ideja određene socijalne grupe, odnosno na značenjske sustave.

Precizno definiranje termina o kojima govorimo važno kako bi bilo jasno na što točno mislimo - Spiro svojom definicijom jasno naznačuje razliku između kulture (pod kojom podrazumijeva značenjski sustav) i društva (pod koje spadaju razne institucije). Pitanje definicije mentalnog zdravlja i bolesti može se promatrati iz obje perspektive - i dok je upravo ono "kulturalno" bilo čest predmet antropoloških promišljanja, fokus se sve više premješta prema socijalnom, odnosno strukturalnom, uzimajući u obzir da su ove dvije perspektive zapravo vrlo povezane i ovisne jedna o drugoj. Iz analize oboljenja ne bi se smjela izostaviti šira društvena struktura, koja uvelike može pomoći pri interpretaciji tuđeg iskustva određene bolesti.

Kada je u pitanju mentalno zdravlje, naznake o njegovoj povezanosti sa socijalnim uvjetima postale su predmetom teoretskih promišljanja sredinom 19. stoljeća. U to vrijeme bila je općeprihvaćena pretpostavka da okolišni utjecaji dovode do razvoja mentalnih bolesti, što se dijelom odražavalo i na pristup liječenju. Razdoblje azilske psihijatrije kritizirano je kao način kontroliranja stanovništva te kao njihovo doslovno fizičko izmještanje van naseljenih područja - na rubove grada ili pak izvan samih gradova. Takav pristup bio je dijelom odraz vjerovanja da će promjena okoline pozitivno utjecati na pacijente (Horwitz i Grob 2011:631). Horwitz i Grob navode da su pretpostavke o negativnom utjecaju industrijaliziranog društva na mentalno zdravlje bile odraz tadašnjih moralnih i religijskih vrijednosti, a ne rezultat empirijskih epidemioloških istraživanja, te su one u to vrijeme ostajale na razini konstatacije poput one Issaca Raya da je ludilo cijena civilizacije (ibid. 632).

Glavna prepreka dobivanju egzaktnijih podataka, odnosno provođenju epidemioloških istraživanja koja bi pokazala postoji li doista pretpostavljena korelacija, bila je neprecizna taksonomija, a kao što je ranije opisano, potreba za epidemiološkim istraživanjima uvelike je



utjecala na reviziju dotadašnje klasifikacije mentalnih bolesti te na stvaranje dijagnostičkih priručnika. Preokret u psihijatrijskoj epidemiologiji dogodio se nakon Drugog svjetskog rata kada je došlo do naglog skoka u broju dijagnosticiranih poremećaja kod vojnika koji prije odlaska na bojište nisu patili od nikakvih psihijatrijskih problema - ovaj fenomen uzimao se kao vrlo jasan primjer da okolišni faktori igraju mnogo veću ulogu u razvoju poremećaja nego što se do tada mislilo, te je u pedesetim i šezdesetim godinama dominantna paradigma naglašavala upravo društvene uzroke bolesti umjesto onih individualnih (ibid.:639). U postratnom razdoblju epidemiološke studije stremile su mjerenju incidencije, preciznom mjerenju utjecaja društvenih i okolišnih varijabli te veze socioekonomskog statusa i bolesti (ibid.). Iako su mnoga istraživanja ukazala na korelaciju socioekonomskog statusa i pojave mentalnih bolesti, i dalje nije postojalo adekvatno objašnjenje uzročno-posljedične veze, no fokus javnih politika bio je na nastojanjima da se poboljšanjem životnih uvjeta i smanjenjem stope kriminala dovede do smanjenja stope mentalnih bolesti (ibid.:642).

Do promjene dolazi krajem sedamdesetih godina, paralelno s procesom donošenja nove taksonomije i dijagnostičkih kriterija za DSM-III. Kritike na račun navodno površnih i nepouzdanih definicija iz drugog izdanja DSM-a u SAD-u su popraćene kritikama koje je Nixonova vlada upućivala Nacionalnom institutu za mentalno zdravlje (NIMH) zbog prakse da se financiraju istraživanja društvenih problema poput siromaštva, rasizma i nasilja (ibid.:643). Kritikama se pridružuje i niz biološki orijentiranih znanstvenika koji su smatrali da istraživanje društvenih problema i psihosocijalnih uvjeta šteti reputaciji NIMH-a. Situacija u kojoj se našla psihijatrija rezultirala je velikim preokretom u trećoj verziji DSM-a (Torre 2014:101). Epidemiološka istraživanja provedena nakon objavljivanja DSM-III smatrana su pouzdanijima, a potvrđivala su ranija saznanja o korelaciji socijalnih faktora poput siromaštva, neobrazovanosti i stresa s mentalnim bolestima. Rezultati takvih istraživanja uzimaju se kao osnova tvrdnji da sve veći udio populacije pati od mentalnih bolesti, a utjecali su i na promjene u javnim politikama (Horwitz i Grob 2011:646-647).

Rezultati epidemioloških istraživanja kroz povijest konzistentno su ukazivali na korelaciju loših socijalnih okolnosti i mentalnih poremećaja, no s vremenom su se promijenili zaključci koji se temeljem te korelacije izvode - pozornost se skrenula s objašnjenja koja pretpostavljaju da su loši socijalni uvjeti izravan uzročnik mentalnih bolesti na pretpostavku da su bolesti uzrokovne kemijskom neravnotežom, a farmakoterapija je postala dominantan oblik liječenja nauštrb psihosocijalne terapije (ibid.:647). Prethodna objašnjenja koja su uzrok mentalnim bolestima smještali društvenu sferu zamijenjena su hiperindividualiziranim

modelom koji uzrok vidi isključivo u osobnoj patologiji a socijalne probleme smatra tek njezinom posljedicom (Busfield 2011:73). Takvi zaključci potaknuli su promjene javnih politika koje su do tada bile usmjerene na poboljšanje uvjeta života prema ranom otkrivanju bolesti i terapiji medikamentima (ibid.:648), što je najjednostavnije postići *screeningom* u školama, na radnim mjestima i kod liječnika opće prakse. Kleinman (1988:54) također govori o povezanosti socijalnih uvjeta i mentalnog zdravlja - gospodarsko stanje u Sjevernoj Americi vrlo je dobar prediktor broja prihvata u bolnice zbog mentalnih bolesti, kao i stope samoubojstava, a prevalencija većine mentalnih bolesti najveća je u nižim socioekonomskim klasama. On također navodi samoubojstvo kao primjer pojave koja se događa kod pojedinaca koji ne pate od mentalnih bolesti ali su pod velikim društvenim pritiskom te im je samoubojstvo jedan od malobrojnih kulturno autoriziranih načina da izražavanja potresenosti i stresa, a smatram da je upravo to objašnjenje koje se može primijeniti na slučajeve samoubojstava uzrokovanih lošom ekonomskom situacijom.

Posebnost antropološkog pogleda leži u tome što nam on pruža mogućnost povezati naizgled nepovezane fenomene, sagledati ih u širem društvenom kontekstu te propitati i interpretirati njihovo uobičajeno razumijevanje. Tako se bolest ne promatra kao izolirani fenomen kojim je pogođen samo pojedinac već kao dio šire mreže socijalnih, političkih i ekonomskih odnosa u društvu. Kao važan koncept koji se često javlja pri antropološkim istraživanjima zdravlja i bolesti valja istaknuti *strukturno nasilje*. Sintagma strukturno nasilje podložna je raznim interpretacijama i definicijama od kojih su se prve pojavile krajem šezdesetih godina prošlog stoljeća, a Paul Farmer (2004:307) ga definira kao nasilje koje se vrši sistematički, odnosno izravno od strane članova pojedine društvene strukture. Budući da se radi o fenomenu koji ovisi o određenim društvenim strukturama, primjećuje da njegovo spominjanje često izaziva nelagodu u društvu koje je sklono pojedincima pripisivati kako zasluge, tako i krivnju. Koncept strukturnog nasilja koristan je upravo pri proučavanju društvenih mehanizama opresije (ibid.). U ovom kontekstu nasilje se ne odnosi samo na sferu tjelesnog, fizičkog, već uključuje i napade na samopoštovanje i ljudskost (Bourgois i Scheper-Hughes 2004:318). Upravo socijalne i kulturne dimenzije nasilja daju mu snagu i značenje te je prema njima upravo Farmerova definicija podsjetnik da neki od najnasilnijih činova nisu devijantni, upravo suprotno - dio su svakodnevnice te ih omogućuju složene društvene strukture. Kada je u pitanju mentalno zdravlje, upravo opresivna društvena struktura i nasilje koje se kroz nju vrši može odigrati veliku ulogu u njegovom narušavanju, što je stav prema

kojem su se krojile javne politike s ciljem ublažavanja posljedica koje loš socioekonomski status ima na mentalno zdravlje.

Uzevši u obzir mnogo puta primijećenu korelaciju opresivne društvene strukture i pojave mentalnih bolesti, kao polazišnu točku u promišljanju vlastite pozicije te pozicije kazivačica uzela sam aktualnu političku i ekonomsku situaciju koja nas smješta u vrlo nepovoljan, prekaran<sup>13</sup> položaj. Nezaposlenost radno aktivnog stanovništva u dobi 15-24 godine u Hrvatskoj je u 2013. godini dosegla 50%, a od 2008. godine do danas Hrvatska se po nezaposlenosti mladih konstantno nalazi na trećem mjestu, nakon Grčke i Španjolske (Levačić 2015:9). Mladi ljudi se u uvjetima ekonomske krize nalaze u iznimno nepovoljnoj situaciji zbog svog nedostatka iskustva - u situaciji u kojoj velik broj radnika konkurira za mali broj radnih mjesta, u znatno boljem položaju nalaze se oni koji su ranije imali prilike steći radno iskustvo.

U vrijeme pisanja rada i provođenja istraživanja imala sam prilike raditi na nekoliko različitih projekata, koji su u svim slučajevima bili ograničeni u svom trajanju, a isto iskustvo dijelilo je mnogo mojih kolega, financirajući se većinom putem rada na kratkotrajnim i prekarnim poslovima. Kolege koji su u to vrijeme završavali studij nakon diplome uspijevali su se zaposliti mahom putem mjere Hrvatskog zavoda za zapošljavanje Stručno osposobljavanje za rad bez zasnivanja radnog odnosa. Ova mjera, kojoj je cilj potaknuti zapošljavanje mladih bez radnog iskustva, pomoći im da steknu iskustvo kako bi se po završetku mjere lakše zaposlili pokazala se iznimno neučinkovitom (Levačić 2015). Financijska naknada za korisnike mjere, koju ne isplaćuje poslodavac već država, do 31.12.2014. je iznosila 1600 kuna mjesečno, a kasnije je dignuta na 2400 kuna, što i dalje nije dovoljno za samostalan život. Analiza rezultata mjere pokazala je kako su se njome koristile većinom visokoobrazovne mlade osobe i to iz područja društvenih znanosti, a važno je primijetiti da je većina korisnika imala dobro socioekonomsko zaleđe te su u vrijeme sudjelovanja u mjeri živjeli kod roditelja ili imali dodatne izvore prihoda.

Također, analiza je pokazala kako iskustvo stečeno ovom mjerom nije pomoglo pri kasnijem zapošljavanju njenih korisnika - u velikom broju slučajeva na njihovo mjesto bi po isteku mjere došao novi praktikant, što govori da su poslodavci mjeru koristili kako bi dobili besplatnu radnu snagu. Vrlo loš položaj mladih po ulasku na tržište rada dodatno je pogoršan donošenjem novog Zakona o radu u kolovozu 2014. godine. Izmjene zakona Vlada je

---

<sup>13</sup> Glavna karakteristika prekarnosti i prekarnog rada jest nesigurnost koja proizlazi iz povremenih i privremenih oblika rada (Standing 2011:12)

objasnila kao pokušaj smanjenja nezaposlenosti, no jedna od važnih stavki novog ZOR-a bila je dodatna fleksibilizacija tržišta rada koja ide na ruku poslodavcima a omogućuje lakše otpuštanje radnika kao i olakšano (kratkotrajno) zapošljavanje putem agencija za privremeno zapošljavanje, doprinoseći prekarnom i nesigurnom statusu radnika.

Osjećaje o kojima sam ranije razgovarala s kolegama sa studija, između ostalog i s kazivačicama, u vlastitom sam slučaju jasno mogla pripisati lošoj ekonomskoj situaciji i uvjetima na tržištu rada za koje sam pretpostavila da me čekaju po završetku studija, a istu poveznicu čula sam i u mnogim neformalnim razgovorima. U navedenim se razgovorima radilo o osobama koje su u tom trenutku bile financijski relativno dobro zbrinute, čiji su uvjeti života bili sasvim prosječni, no neizvjesna budućnost i nesigurnost bili su dovoljni da izazovu simptome anksioznosti i depresije. Zbog toga se u intervjuima koje sam provela velik dio razgovora doticao pitanja samog uzroka bolesti, gdje se pak pokazalo da se moji stavovi razilaze od stavova kazivačica - one su vlastitu depresiju smatrale bezrazložnom, barem u periodu kada se prvi put pojavila. Simptome nisu pripisivale ekonomskoj situaciji, već su ih interpretirale kao vlastitu manjkavost. Stoga se dihotomija endogene i egzogene depresije još jednom se pokazala kao prijemna točka koju je potrebno ispitati i problematizirati. Ovo pitanje najbolje se odrazilo u načinu na koji su kazivačice opisale početak bolesti:

*“Aktivno sam skrivala da sam u depresiji, nisam htjela s nikim razgovarati. Jer kao prvo, nisam mislila da imam razloga biti loše, i nisam mislila da, ne znam, osjećala bi se razmaženo i ne znam, onak, entitled, da sad ja tu imam probleme jer kao wow, kak je meni teško. A mislim ono, ne znam, mogu normalno živiti u stanu, normalno studiram, realno nemam nikakav problem. Ne znam, nije mi se nikaj tragičnoga dogodilo, da mi je neko u obitelji umrl... I ovoga, i osim toga još sam imala drugačiji stav kad sam živjela sa tri cimerice i bile smo po dvije, dvije u sobama. Znači nisam imala svoju sobu, to me najviše iscrpilo. Mislim one su sve drage i dobre cure, ali imala sam tu ideju da moram biti dobro pred svima. I onda kak sam, često bi bila cijelo vrijeme okružena s njima i bilo je užasno iscrpljujuće jer sam čekala, ne znam, dva ujutro kad one ne odu spavati, i onda sam tek mogla biti loše. Tak da ne, nisam s nikim pričala. Kao prvo zato jer nisam mislila da imam razloga, i kao drugo imala sam neku ideju da, imala sam osjećaj da bi druge zamarala i nekak ne znam, da bi ih zamarala ak bi sad ja bila jako loše. Kao ja sad tu imam egzistencijalnu krizu, budem ja ležala na kauču, don't mind me, dajte se vi samo družite, mislim kužiš (smijeh).”*  
(Ivona)

Višnja također opisuje kako nije htjela zamarati druge svojim problemima:

*“Vodila sam se tim kao, znaš ono, dosta jednim ne znam, glupim stavom, znači ja bi htjela da se meni prijatelj obrati, ili prijateljica s takvim problemom, ali kao ja kad imam taj problem, ja ne želim nikog drugog kao opterećivat, i ne znam šta... Makar ono, u nekim situacijama kad jesam ono, pružila ruku nekom da mi kao pomogne, su mi u biti pomogli” (Višnja)*

Ivona u nastavku intervjuja na vrlo slikovit način opisuje svoje viđenje vlastite depresije. U nekoliko navrata spomenula je kako svoj problem nije smatrala dovoljno ozbiljnim upravo zbog činjenice što je “objektivno” imala kvalitetne uvjete života, nije imala nikakvih materijalnih poteškoća te je zbog toga smatrala da nema razloga osjećati se depresivno. Ovako opisuje iskustvo svojih prvih terapija kod psihologinje:

*“Ona me pitala tipa “Kak si?”, i onda sam ja bila “Pa dobro.”, i onda sam ja jako dugo bila dobro do kad nisam već praktički postala suicidalna, već sam bila suicidalna, ali sam i dalje bila dobro kad god je ona mene to pitala zato jer kao, bolje sam nego dijete koje nema ništ za jesti i nema roditelje, kužiš. I ja sam si to u takvu ljestvicu složila i u usporedbi s tim djetetom sam ja dobro. (...) Kužiš njoj dođe klinac koji ima problema s tim dal je muško il je žensko i onda onak... “Joj, ja isto imam problem”, mislim koji je moj problem? On ne zna koji mu je identitet i teško mu je, niko ga ne voli. Uglavnom, tak da mi je, taj aspekt mi je kao, dugo mi je trebalo vremena da prihvatim da možemo razgovarati... jer na neki način kad sam postala suicidalna, nije mi uopće bilo drago da sam suicidalna... dobro, onda mi je već i bilo...*

Dobro, bilo ti je svejedno tad, ne?

*Da, onda sam imala konačno - sad imam razloga biti depresivna. Ovo je dovoljno ozbiljno da mogu reći da sam depresivna, i da ne mogu nekaj raditi. Ovo sve drugo mi je bilo previše onak, apstraktno da mi mogla, tipa ak nekome velim da ne znam, razmišljam o životu i o tome zakaj bu ne znam, su ljudski odnosi takvi kakvi jesu, mislim svi ljudi budu me blede gledali, kužiš. A ako velim da razmišljam o tome dal da se bacim sa zgrade ili ne...*

Da, to zvuči dovoljno teško...

*Kužiš, onda sam kao imala razlog. Onda sam s ponosom mogla sjediti u čekaonici među drugim ljudima koji imaju probleme jer kao, imam i ja ozbiljan problem.”*

(Ivona)

Zanimljivo je primijetiti i razliku između kazivačica u percepciji “pravog” problema. Ivona eksplicitno navodi kako bi legitimnim razlogom za depresivne osjećaje smatrala siromaštvo, smrt bližnjih, loše materijalne uvjete života, zbog čega joj se njena bolest na neki činila manje opravdanom. Višnja s druge strane komentira kako joj je upravo postavljanje dijagnoze olakšalo nošenje s depresivnim osjećajima - saznanje da postoji neka vrsta medicinskog objašnjenja njenih problema pomoglo joj je da se distancira od njih. Zbog toga je, kao što je vidljivo u ranije navedenim kazivanjima, u početku loše reagirala na stav svoje psihologinje prema kojem joj nije potrebno postaviti dijagnozu već se radi o normalnim previranjima i reakcijama na završetak školovanja.

Budući da sam na neki način očekivala da će narativi mojih kazivačica zvučati drugačije, odnosno da će eksplicitnije povezivati pojavu simptoma depresije s političko-ekonomskim sustavom, isprva su me pomalo iznenadili njihovi stavovi, zaziranje od traženja pomoći i stigmatiziranje vlastitih osjećaja. Također, u razgovorima sam vrlo oprezno pokušavala shvatiti postoji li ipak pretpostavljena poveznica, zbog straha da zbog vlastitih očekivanja iskustva kazivačica ne interpretiram pogrešno. No dubljim ulaskom u razgovor te kasnijom analizom i naknadnim iščitavanjem transkripata postalo je razvidno kako su obje kazivačice ipak na određenoj razini svjesne povezanosti vlastitih psihičkih poteškoća sa širim društvenim kontekstom.

### **5.1. Depatologizacija depresije**

U odnosu na izneseno bitno je istaknuti stanje depresivnog beznada kod kojeg, ukoliko nema somatizacije simptoma, oboljeli pribjegavaju samoozlijeđivanju u nadi tjelesnog razriješenja unutarnjih konflikata. Kazivačice o tome svjedoče kroz potrebu da pronađu ili stvore vidljivu, opipljivu manifestaciju svoje bolesti, kao opreku osjećaju da se jednostavno radi o manjkavosti njihove osobnosti.

*“Desilo mi se prvi put, to još sad nisam nikome drugome pričala, dobro osim onak random liku s interneta s kojim se razgovaram, ne znam dal se on računa kao aktualna osoba, to još nisam stigla reć, mislim nisam htjela reć psihologinji jer me bilo sram, onak bila sam užasno ljuta na samu sebe, na mogućnost da se ovo ponovno*

*dogaća, da sam depresivna, i onak sam bila onak, kakva je ovo fucking šala, kaj je ovo, kaj ja tri godine radim? Kak se može očekivat od mene ak hoću, onak, ne znam, funkcionirati unutar akademske zajednice, i da onda ne mogu intelektualno normalno egzistirati. Mislim onak, mislim nemoj mi dati dijabetes, ali daj mi fucking neku bolest di mogu normalno razmišljati a ne da bude paralizirala sve moje intelektualne sposobnosti, ne mogu onda živjeti i imati paralizirane intelektualne sposobnosti. I onda sam bila užasno ljuta i imala sam neki trenutak kad sam bila onak kao, fuck this shit, i onak sam si uzela (smijeh), a mislim, sad opće ne želim da zvuči strašno, al onak, uzela sam si nekakav žilet i onak sam si bila, ja sad moram ovo napraviti, i onak sam si bila porezala par put po nogi, i onda sam bila - OK je. Onak je bilo kao, evo, sad ja imam tu, imam ranu, radi koje me nekaj boli, i sad je ovo tu u redu, i sad sam ja kao onak, sad mogu ne bit dobro, sad konačno imam razloga ne bit dobro, sad nije sve apstraktno u mojoj glavi i sad kad me profesor pita "A zakaj nisi napisala seminar?" ja mogu reći "Evo, zbog ovih tu rana na mojoj nogi", a ne zbog nečeg kaj je u mojoj glavi, kužiš. I to mi je onda onak, bilo, ne znam, mislim bilo je onak glupo jer onak to radiš s 13 godina kad si tinejdžer i emo, i mrziš svijet, a ne s 22 godine, ali u redu. Ali uglavnom bilo je onak, bilo je ne znam, nije bilo nikakav kao ono, tipa, ono wow, olakšanje, euforija, nije bilo nekakvih gluposti, al onak, svaki put kad se presvlačim i vidim to, onak sam kao, OK je, kao onak, postoji razlog, kužiš. Nisam si ja zabrijala nekaj." (Ivona)*

*"S tim da bi ja rekla da kod mene to je eskaliralo u tu neku drugu dimenziju, ono kliničku, di ja nisam ono, nije mi opće bilo jasno što se dogaća. I baš ono i taj, recimo, pokušaj samoubojstva, ja sam intenzivno o tom razmišljala skoro godinu dana, s nekim prekidima, ali bilo mi je to onak, svakodnevna borba. Znači bila sam u dosta faza kad nisam baš mogla izlaziti iz stana, ustati iz kreveta, spavat." (Višnja)*

Ivonino samoranjavanje i suicidalnost kao i Višnjiin pokušaj samoubojstva oprimjeruju teorije koje govore kako do depresije dolazi kada osoba ne uspije agresivne osjećaje ispoljiti prema okolini, već ih okreće prema sebi (Marčinko 2009:269-270, Freud 2006:6). U analizi klasnih odnosa Guy Standing (2011:66) upravo mlade ljude naziva jezgrom prekarijata, primjećujući kako su mladi skupina u kojoj se oduvijek taložila ljutnja koja je služila kao pokretač društvene promjene, no također komentira kako će pripadnici prekarijata biti agresivni, no na pasivan način, zbog toga što je prekarni um motiviran strahom (ibid.:20). Umjesto svjesnog i otvorenog izražavanja nezadovoljstva društvom i uvjetima u kojima žive,

zbog nedostatka prostora i nemogućnosti artikulacije iste, sav gnjev koji bi trebao biti usmjeren prema opresivnim društvenim strukturama preusmjerava se prema pojedincu. Depresija se u takvom teoretskom okviru može promatrati kao način izražavanja nezadovoljstva životom i okolinom unutar biomedicinskih okvira.

Kleinman (ibid.:15) na isti način objašnjava pojavu distimije<sup>14</sup> - prema Kleinmanu ona je primjer dijagnoze koja medikalizira društvene probleme, te zaključuje kako osjećaj nemoći koji se navodi kao simptom distimije nije posljedica kognitivne distorzije već precizno mapiranje položaja pojedinca unutar opresivnog društvenog sustava. Iako su obje kazivačice u početku imale problema s razumijevanjem uzroka vlastite bolesti, smatrajući kako su se simptomi bezrazložno pojavili te kako se problem nalazi isključivo “u glavi” te zapravo ne postoji, kroz razvoj naših razgovora ipak povezuju prvu pojavu simptoma uz određena životna iskustva i događaje:

*“Da, mislim zato jer, desilo se, da se desil kratki spoj mog sustava koji sam si ja izgradila da mogu živjeti, desilo se da se taj sustav spojil sa međuljudskim odnosima i onda je bil raspad sistema, kužiš. Znači to je bil nekakav kao, okidač. I onda sam, onda sam bila nužno, nužno prisiljena gledati na kojim temeljima je izgrađen taj moj sustav, kakvi su ti temelji i tak dalje, i onda sam to trebala ić popraviti sve i tak dalje. Al znači, trebalo se nekaj desiti izvana, i zato je to mene mučilo. Pogotovo zato jer je meni OK da se to nekome drugome desi, kužiš. Ali kao nije mi OK da se to meni desi, sad mi je kao OK, recimo, ali kao, OK mi je da se to tebi desi, OK mi je da se to bilo kome drugome desi, ali ak se to meni desi, onda je to onak meni bedasto. Jer kaj, Ivona, onak, skockaj se. Get a grip, ne znam, kao.” (Ivona)*

*“Ja mislim da je to sve skupa, da ne možeš odvojiti. Mislim da ima nešto, mislim da ima nešto u meni kao, što opet nikad ne možeš odvojiti od uvjeta, ali što mene čini s jedne strane možda slabijom, ali s druge strane i dosta jakom, jer ono, bar mi tak ovi kažu, da sam ja zapravo i super to, i kasno došla prvi put kod njih, to je onak čudno. Ali puno je to... Najviše je do iskustava koje si prošo i koje si onda u biti, ne znam, neke stvari koje si naučio u djetinjstvu ili nisi naučio, onda si stalno to perpetuirao ne, i sam sebe uvjeravao... Iz iskustva opet učio da je to tak kak si ti zapravo napravio da bude. ” (Višnja)*

---

<sup>14</sup> distimija je kronično (blago) depresivno raspoloženje čiji su najčešći simptomi nesanica, manjak energije, plačljivost, osjećaj nesposobnosti za rutinski posao, a razdoblja bez simptoma traju tek nekoliko tjedana (Rubeša i Frančišković 2009:258)



Višnja se u svojoj interpretaciji vlastite bolesti u velikoj mjeri slaže s psihoterapeutkinjom, koja kroz psihodinamski pristup objašnjava pojavu njenih simptoma. Njihova objašnjenja uvelike su usmjerena na rana iskustva unutar obitelji, no smatram važnim primijetiti kako i obitelj kao jedinica ne postoji u socijalnom vakuumu već nastaje u određenom društvenom i političkom kontekstu koji u velikoj mjeri može oblikovati proces odrastanja. Kao konkretne primjere mogućeg vanjskog poticaja koji je doveo do depresije obje kazivačice navode studij:

*“Pisala sam diplomski na temu nečeg s čim sam se bavila prije toga volonterski dvije godine, jako sam se investirala u to, isto kao, i okolina.. su vidjeli kao možda bi to mogla raditi u buduću, a ja nisam bila sigurna, ono, sve mi je to bilo previše, i previše neke odgovornosti, i kao, ja to ne mogu. I da naravno, isto, prekidi [veze], i sve neke (...) Naravno da je s tim kao diplomskim povezano to kao, (...) zašto sam to ikad upisala, s tim da sam se ja tog sjetila već od početka diplomskog, i nisam uopće htjela upisat taj diplomski, ne da nisam htjela, nego sam već tad počela mislit - cijeli faks sam nekak slučajno upisala. Ja nisam znala kaj bi, ja sam se stalno premišljala u tom četvrtom srednje, i mislim da bi bilo bolje da nisam ništa upisala i da sam malo razmislila. (...) Te prve tri godine su mi onak brzo prošle, al da onda onak se poslije pitaš, mislim čemu, čemu? Sad više ne razmišljam baš možda tak, ali nemaš neko zanimanje s kojim ti možeš normalno ići tražit posao, eto ono, prijavljivat se na natječaje (...) to tak ide, to su opet ti kao razvojni problemi, što mi je jedna od tih psihologinja napisala na početku, kao tebi ne treba nikakva dijagnoza nego jednostavno imaš ta previranja, tu imaš nekakav završetak faksa... Ništ, moja psihoterapeutkinja misli da sam ja kao u taj čin pisanja i završavanja faksa utrpala sve te neke probleme i sukobe sa obitelji i sve, i sve sam to složila unutra na nekoj svojoj razini, i onda mi je to zato znaš, tolki issue.” (Višnja)*

Razlog zbog kojeg je kraj studija i pisanje diplomskog rada Višnji predstavljalo toliku prepreku i nepremostiv problem prema njenom se viđenju zapravo nalazi u iznenadnom nestanku vanjske strukture:

*“Mislim, ne, kužiš sve, znači sve skupa je počelo tak da sam ja ono, prvi put u životu ostala bez strukture, koju sam prije imala kroz školovanje, što meni ne paše očito nikako. I znači onak, suočila sam se s najvećim izazovom koji sam ja sebi tak napravila u glavi, ono da trebam napisat taj diplomski. I kao spoznam da ja to ne mogu, i ono to je bio nekakav okidač za ono, vjerojatno nekakvu ono, šta sam ja*

*onda... I znaš ono, onda je valjda nekak sve to isplivalo, te neke stvari koje u biti... Znaš šta, mislim da je to moglo bit drukčije, ali mi je onak iskreno drago da se tak desilo, zato šta ne bi ja neke druge stvari proradila, i ja bi vjerojatno ostala funkcionirajući ko prije al ne bi bila tolko onak, OK, sama sa sobom.” (Višnja)*

Kroz kasniji razgovor Višnja otkriva kako je ubrzo po odustanku od studija odlučila naći posao, dijelom iz financijske potrebe ali dijelom i upravo iz potrebe za određenom vanjskom strukturom. Također govori kako je primijetila i povezanost između težih simptoma depresije i prestanka posla - u periodima kada nije radila njeni simptomi postajali su intenzivniji:

*“Ne ja sam ti našla posao ono skoro odmah, u roku... Ne znam, možda mjesec-dva nakon što sam izašla iz bolnice, znači još nisam praktički ni išla tolko, dok je to krenulo i to... Mislim kao trebali su mi i novci, ali mi je najviše bilo baš to da radim nešto, ak bi bila doma vrlo brzo bi zapela opet u to da dugo spavam, onda idem spavat još kasnije, onda sam ono...*

Znači čisto ono, trebala ti je struktura nekakva vanjska?

*Da. Meni to, užasno mi to pomaže. Makar sad, jer ja bi ti inače, jer na poslu nekad imamo pauzu od tipa mjesec dana, ili malo i više preko ljeta i za Božić i to, ja bi ti postala odmah ful depresivna.” (Višnja)*

Sa sličnim problemom susrela se i Ivona. Ona doduše ne govori izravno o nestanku strukturiranih obaveza i zadataka kao uzroku depresije, već o osjećaju besmisla i nesigurnosti u ontološkom smislu, sama nazivajući svoje stanje egzistencijalnom krizom:

*“Kaj je mene najviše mučilo, ja sam znači si izgradila nekakav sustav ili svijet u koji sam ja vjerovala da je sad svijet, da postoji ta apsolutna slika svijeta i da postoji ta neka objektivna istina, samo trebamo doć do nje. I onda sam došla na faks i onda sve kaj su mi govorili (...) je da toga nema. (...) sa strukturalizmom, i onda još sa dekonstrukcijom, di znači ne samo da je značenje arbitrarno nego da je značenje prazno i da vodi do sljedećeg koje je opet prazno, da je samo sve prazno (...) Nije mi bilo jasno kak uz sva ta saznanja ljudi i dalje ne dobivaju nekakvu, ne znam, ontološku nesigurnost nego funkcioniraju, jer nisam kužila kak onak ih to ne paralizira, nego su samo bili onak, a dobro, znači to je tak, idemo sad na kavu. Meni je to bilo nepojmljivo, kužiš. I ovoga, to je ono kaj je mene onda, jako, cijelo vrijeme se sukobljavalo, i cijelu drugu godinu i prvu smo radili na tome di je ona meni*

*pokušavala objasniti da je u redu živjeti u svijetu di nema objektivne istine i di nema apsolutnih, ne znam, saznanja i tak dalje, i da je sve veoma nesigurno.” (Ivona)*

Upravo je prizivanje koncepata nesigurnosti, nestabilnosti i nestrukturiranosti simptomatično za društveno, ekonomsko i političko okruženje u kojem se kazivačice nalaze. Depresivni osjećaji koje su iskusile možda se čine iznimno intimnima i individualnima, no način na koji kazivačice opisuju svoje osjećaje reflektira mnoge promjene u ekonomskom sustavu - ranije opisane promjene načina zapošljavanja baziraju se upravo na fleksibilizaciji tržišta rada, koja radnike stavlja u nesigurnu i nestabilnu poziciju bez ikakve mogućnosti dugoročnog planiranja. Mark Fisher (2011) naziva ovaj fenomen *privatizacija stresa*, primjećujući kako je pitanje mentalnog zdravlja postalo depolitizirano. Moglo bi se reći kako je to dio ili odraz dominantne ideologije kojom smo okruženi, koja nam govori da svi imamo jednake mogućnosti a razlike u socijalnom i ekonomskom statusu su pokazatelji individualne manjkavosti i osobnog neuspjeha - potrebno se samo više truditi i uspjeh je garantiran. S druge strane, realne mogućnosti su mnogima već u startu ograničene, a mladi ljudi koji tek ulaze na tržište rada su među najranjivijim skupinama.

Prema Fisheru, upravo se mentalno zdravlje može analizirati kao “paradigmatičan slučaj kako operira kapitalistički realizam” (2011:40), a kao najbolji primjer navodi simptome depresije i sve veći broj dijagnosticiranih slučajeva. Kapitalistički realizam, odnosno nemogućnost mišljenja ili zamišljanja alternative trenutnom sustavu upravo se u depresiji ocrta u svom najgorem obliku - ideologija kapitalizma toliko je raširena da ne samo da uspijeva “proždrijeti” svaki pokušaj otpora i stvaranja alternative, već kolonizira i samu psihu. Osjećaji nedostatnosti i neadekvatnosti unutar izrazito kompetitivnog ekonomskog okruženja te tuga i depresija sve se češće pripisuju osobnoj i individualnoj krivici, odnosno patologiji, zanemarujući njihove šire društvene uzroke. Fisher također sve veći broj oboljelih od depresije uzima kao primjer inherentne disfunkcionalnosti kapitalizma, primjećujući kako se mentalno zdravlje tretira kao prirodna činjenica i datost te poziva na vrlo potrebnu politizaciju depresije i njoj bliskih poremećaja.

Osim opisivanja depresije kroz metafore nesigurnosti i nedostatka strukture, kazivačice opisuju i pritisak i preveliku odgovornost koju su osjećale pred obavezama na fakultetu. Pisanje diplomskog rada Višnji je bila točka zbog koje je i odustala od studija, smatrajući da nije dovoljno kompetentna završiti ga, dok je Ivona isti stav razvila već na prvoj godini fakulteta (no kroz psihoterapiju uspješno se nosi s njim te i dalje studira):

*“Da, znači u nekom trenutku sam si ja zabrijala da se ne osjećam kompetentno i sposobno, oduvijek me to mučilo, dal sam kompetentna i sposobna, mislim da je to jako često... dal si onak sposoban, pogotovo žene i bla, imposter syndrome... I to nije bil problem, i s ciljem da se mogu nositi sa životom sam si ja onak negdje u osnovnoj školi zabrijala da mi je cilj doć na faks i onda bum ja razmišljala o tome. I onda sam došla na faks i onda sam bila “Fuck, nemam plan za dalje” i onda je ovoga, i onda sam bila okružena svim tim novim konceptima i tak dalje, i bilo mi je jako čudno da su me ti koncepti jako pogađali, teoretski. Mislim ti teoretski koncepti su me emocionalno pogađali i sve. Nisam se osjećala više onak kao, kak da sad ja u tom moru znanja doprinesem sa svojim znanjem. I ovoga, i onda sam ja pauzirala godinu. (...) Kad sam počela sumnjat dal sam sposobna, onda je nastal problem, jer kao, kaj bum ja onda radila. I to mi je onda bilo, da, mene je mučil Josip, ali mene je najviše mučilo to, to je bilo užasno na prvoj godini, profesori koji nisu kompetentni... I koji onak, koji sami govore da je ovo užasno i beskorisno, znači da sami ljudi unutar područja, koji bi te trebali najviše poticati i braniti to, oni to ne rade, ili još krivo prezentiraju cijelo to polje i tak dalje. To je meni onak bilo sve užasnije, ja nisam imala tu neku sigurnu luku u koju bi tipa, kad ti cijeli svijet govori da je to sve retardirano i glupo, da ti dođeš na svoju katedru i onda ti vele, “Glupi su, znamo mi to, mi to radimo”. A ne da dođeš na katedru i vidiš isto kaj si videl, možda još i gore. (...) Ali se nisam osjećala dovoljno kompetentnom da budem u tih 2% [najsposobnijih]. I onda sam bila u nekom... jer nisam glupa, al nisam niti 2%, i kaj sam onda? I onda budem ja, imala bum svo to znanje, al ne bum dovoljno inteligentna da reproduciram novo originalno znanje. I to me onak ubijalo u pojam. Jer sam se oduvijek identificirala kroz to da sam inteligentna i sposobna, i odjedanput nisam bila.*

*I onda više nisi bila među naj...*

*Znači nisam ja trebala bit tam na licu mjesta među najboljima, al trebala sam ja osjećati da ak ja pročitam neki tekst, da ja mogu reći “Ali”. Ali to se nije moglo dogoditi. Ja sam dobivala sve te, pogotovo iz postmoderne sve te tekstove, koji su onak, tolko ispunjeni svim, da bi ja pročitala i da ja ne bi znala... Prvo trebalo bi mi dugo da ja shvatim tekst, drugo nisam ja mogla svoju nekakvu originalnu ideju dati kao odgovor na to pitanje. Nego sam je bilo onak - da, to i ja mislim, OK, kaj sad? I onda sam bila, trebam dobit nekaj di ja onak...*

*Da ti možeš dati input neki.*

*Da, a ne da ja slijedim i bilježim kaj drugi misle, nego da budem jedna od onih koji misle, kužiš. I to me onda jako mučilo, i onda sam pauzirala godinu. (...) Znači tipa, Josipova, Josipov međuljudski odnos je bil taj okidač, ali lajtmotiv od početka prve godine je bilo to, da je mene paraliziralo to da ja ne znam kaj budem ja radila. I to da ja ne budem mogla, mislim to je bila cjelokupna... Propitkivanja koja su i prije postojala, ali propitkivanja o tome znači, OK, kaj je život, OK kak da ja sad (...) imam posel od 8 do 4, a neću imat posel od 8 do 4, nisam ga nikad ni htela imati... Nisam dovoljno sposobna da radim nekakva nasumična istraživanja.” (Ivona)*

Stalan pritisak, uspoređivanje s drugima, osjećaji manje vrijednosti i nekompetentnosti također su karakteristični za ekonomsko i političko okruženje neoliberalnog kapitalizma, u kojem je naizgled svatko sam zaslužan i odgovoran za svoj uspjeh, a neuspjeh se prikazuje kao manjkavost individue. Upravo je to ideološko okruženje koje je dovoljno snažno da ne izazove otvorenu kritiku i pobunu protiv nezdrave okoline, već upravo suprotno - pasivnost, apatiju, povlačenje iz života koje svoj ekstremni oblik poprima u obliku samoubojstva. Uzevši u obzir ranije opisane procese koji su tokom 20. stoljeća donijeli promjene u načinu na koji se depresija percipira i liječi unutar biomedicinskih okvira, vidljivo je kako se njeni simptomi u sve manjoj mjeri objašnjavaju kao rezultat socijalnih okolnosti a sve više pripisuju individualnoj patologiji, što podilazi dominantnoj ideologiji kojom smo okruženi. Taksonomske kategorije unutar službenih dijagnostičkih priručnika, koje sve veći broj blagih simptoma interpretiraju kao znak bolesti, pridonose stvaranju slike o populaciji koja je na globalnoj razini neobjašnjivo pogođena depresijom. No uvidom u način na koji se do takvih zaključaka dolazi, ipak postaje jasno da se u ovom slučaju dijagnoza patološkog može postaviti političkom i ekonomskom okruženju, a ne pojedincima koji su njegove žrtve.

Ann Cvetkovich (2012:1) koristi se terminom *politička depresija*, odnosno *political depression*, koji je nastao na sastancima skupine *Feel Tank Chicago*, kako bi opisala pojavu u kojoj uobičajeni oblici političke akcije, poput direktnih akcija i kritičke analize ne služe svojoj svrsi, nisu u mogućnosti promijeniti političku situaciju te čak niti ne obećavaju da to mogu učiniti. Kroz svoj memoar opisuje vlastito iskustvo depresije nastalo u vrijeme pisanja doktorske disertacije. Cvetkovich se prisjeća osjećaja beznađa, nedostatnosti i neadekvatnosti te “zapinjanja”, koje ne interpretira iz psihoanalitičke pozicije ili pak unutar neurokemijske paradigme, već ukazuje na njihove šire socijalne uzroke postavljajući ih u kontekst globalnog kapitalizma (ibid.:18). No za Cvetkovich nije dovoljno samo reći da kapitalizam uzrokuje depresiju: “*saying that capitalism (or colonialism or racism) is the problem does not help me*

*get up in the morning*”, stoga pokušava pronaći način pisanja o depresiji koji bi služio kao veza između osobnog i društvenog te pomogao objasniti zbog čega živimo u kulturi koja nas nasilno i sistematično tjera da se osjećamo loše (ibid.:15). Njen krajnji cilj je depatologizacija depresije, upravo ono što sam i sama dijelom željela postići pisanjem ovog rada - ukazati na to da mentalno zdravlje, koliko god se prikazalo kao individualni problem, zapravo nadilazi individuu te predstavlja izrazito političko pitanje.

## 6. ZAKLJUČAK

Promjene koje su se u drugoj polovici prošlog stoljeća dogodile u konceptualizaciji simptoma i uzroka depresije unutar biomedicine rezultat su dugoročnog procesa koji je započeo još krajem osamnaestog stoljeća. To je razdoblje u kojem su se javili prvi pokušaji stvaranja znanstvene taksonomije mentalnih bolesti čiji je cilj bio njihovo objektivno i egzaktno opisivanje i klasificiranje. Kroz devetnaesto stoljeće temeljem klasifikacija bolesti počinju se voditi detaljne statistike u psihijatrijskim azilima, koje uskoro pokazuju kako korištena kategorizacija nije pouzdana, odnosno kako ona ne daje uvijek jednake dijagnostičke rezultate. Budući da se psihijatrija relativno kasno odvojila od medicine i postala zasebna disciplina, ona se od samog početka našla na udaru kritika zbog svoje navodne neznanstvenosti.

Te su okolnosti utjecale i na način na koji se konceptualizirala depresija te objašnjavao njen uzrok. Opreka između simptoma uzrokovanih vanjskim okolnostima i onih koji su nastali bez očitog razloga kroz povijest se javljala pri opisima depresije i melankolije sve do sredine dvadesetog stoljeća, kada kulminiraju kritike na račun psihijatrije i njene neegzaktnosti. Objavljivanjem trećeg izdanja DSM-a 1980. godine navedena dihotomija nestaje iz klasifikacijskog sustava, a od tada se pri postavljanju dijagnoze pokušava ignorirati etiologija bolesti te se fokus stavlja isključivo na prisutne simptome. Istovremeno, kroz dvadeseto stoljeće dolazi i do biološkog, odnosno farmakološkog obrata u psihijatriji - otkrićem i sintezom raznih psihoaktivnih supstanci te njihovog djelovanja na simptome depresije dominantni eksplanatorni model nastanka depresije postaje neurokemijski. Ranija objašnjenja koja su u obzir uzimala socijalne uzroke mentalnih bolesti smijenio je individualizirani pristup koji ignorira širu društvenu sliku i strukturalne nejednakosti.

Ova promjena posebno je važna pri analizi depresije, na koju prema statistikama SZO otpada sve veći udio globalnog opterećenja bolestima. S jedne strane, taj se porast može djelomično objasniti olabavljenjem granice između normalnog i patološkog koje se dogodilo s promjenom dijagnostičkih kriterija, a zbog kojeg je sve veći raspon emotivnih stanja i ponašanja podložan dijagnozi depresije, čak i ako oni predstavljaju očekivanu reakciju na okolnosti u kojima se pacijent nalazi. Kroz povijest je pri opisivanju simptoma depresije i melankolije kontinuirano postojala opreka između njihovih patoloških i nepatoloških oblika, odnosno između simptoma koji su uzrokovani konkretnim vanjskim uzrocima te simptoma

kojima ne postoji vidljiv uzrok. Navedena distinkcija u službenoj dijagnostici više ne postoji, no iskustva kazivačica pokazala su kako je pri analizi simptoma depresije ona i dalje važna. Pretpostavka da se uzrok depresiji može naći isključivo u neurokemijskoj neravnoteži ignorira čitav niz mogućih socijalnih uzroka te ju prikazuje kao vrlo individualan problem.

Iako zasigurno postoje slučajevi u kojima uzrok depresije ne leži u ekonomskim poteškoćama, njihova je povezanost u više navrata dokazana. Upravo je tu povezanost važno naglasiti kako bi se pokazalo u kojoj mjeri trenutačni ekonomski sustav može biti uzročnikom depresije. Iako kazivačice u početku razgovora nisu navele vanjske uzroke svoje depresije te su izrazile nezadovoljstvo pokušajima psihijatara da njihove simptome objasne kao normalne reakcije na životne probleme s kojima su se u tom razdoblju susrele, dubljim ulaskom u temu ipak pokazuju kako se u pozadini njihovih simptoma kriju strah i nesigurnost potaknuti neizvjesnošću koja ih čeka po završetku studija. Položaj mladih se u Hrvatskoj ali i u svijetu uslijed ekonomske krize pogoršao, a visoka stopa nezaposlenosti i prekaran i nesiguran položaj koji nas čeka po završetku studija više su nego dovoljni uzroci simptomima depresije. No umjesto da se takvi slučajevi odmah proglase individualnom patologijom te pokušaju izliječiti primjenom farmakoterapije, potrebno je duboko sagledati same strukturne uzroke problema te raditi na njihovom rješavanju.

Sasvim sigurno je to potpuno obrnuti put od onog u razvoju današnjeg globalnog zdravstvenog sustava koji po autorici Špoljar-Vržina (2008:999-1002) zdravlje smješta u isključivu domenu odgovornosti pojedinca. Uslijed toga dolazi do još šireg otvaranja korporativnog tržišta u etički nedopustivim područjima. Svi primjeri analizirani i interpretirani u ovom radu potvrđuju da je (bio)medicinska subdisciplina psihijatrije i srodnih psiholoških područja još i osjetljivija na ove neoliberalne udare komodificiranja svega i svih, te je simultano potreba za kritičkim interpretativnim istraživanjima, poput ovog, potaknutih iz područja društvenih i humanističkih znanosti – hitna nužnost.



## 7. LITERATURA

- ABU-LUGHOD, Lila. 1995. "Writing against Culture". U: *Recapturing Anthropology: Working in the Present*, ur. Richard G. Fox. Santa Fe: School of American Research Press, 138-162.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.
- BEHAR, Ruth. 1996. *The Vulnerable Observer: Anthropology That Breaks Your Heart*. Boston: Beacon Press.
- BOURGOIS, Philippe i Nancy SCHEPER-HUGHES. 2004. "Comments on *An Anthropology of Structural Violence*". *Current Anthropology* 45/3:305-325.
- BROWNER, Carole H. 1999. "On the Medicalization of Medical Anthropology". *Medical Anthropology Quarterly* 13/2:135-140.
- BUSFIELD, Joan. 2011. *Mental Illness*. New York: Polity Press.
- CVETKOVICH, Ann. 2012. *Depression: A Public Feeling*. Durham-London: Duke University Press.
- ČAPO, Jasna i Valentina GULIN ZRNIĆ. 2011. "Oprostornjavanje antropološkog diskursa. Od metodološkog problema do epistemološkog zaokreta". U *Mjesto, nemjesto*, ur. Jasna Čapo i Valentina Gulin Zrnić. Zagreb: IEF: 9-65.
- ČAPO ŽMEGAČ, Jasna, Valentina GULIN ZRNIĆ i Goran Pavel ŠANTEK. 2006. "Etnologija bliskoga: Poetika i politika suvremenih terenskih istraživanja". U *Etnologija bliskoga: Poetika i politika suvremenih terenskih istraživanja*, ur. Jasna Čapo Žmegač, Valentina Gulin Zrnić i Goran Pavel Šantek. Zagreb: IEF, Jesenski i Turk: 7-52.
- ELLENBERGER, Henri F. 2015. *Psychiatry from Ancient to Modern Times*. Chevy Chase: International Psychotherapy Institute.
- FARMER, Paul. 2004. "An Anthropology of Structural Violence". *Current Anthropology* 45/3:305-325.
- FISHER, Mark. 2011. *Kapitalistički realizam*. Zagreb: Naklada Ljevak.
- FISHER, Mark. 2012. "Why mental health is a political issue". *The Guardian*, 16. srpnja <http://www.theguardian.com/commentisfree/2012/jul/16/mental-health-political-issue?fb=naive&CMP=FBCNETTXT9038> (pristup 29.05.2016)

- FISHER, Mark. 2013. "Capitalist Realism". *Strike Magazine*, 3. lipnja.  
<http://strikemag.org/capitalist-realism-by-mark-fisher/> (pristup 19.04.2016.)
- FOUCAULT, Michel. 1984. "The Politics of Health in the Eighteenth Century". U *The Foucault Reader*, ur. Paul Rabinow. New York: Pantheon Books, 273-289.
- FOUCAULT, Michel. 1989. *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Vintage.
- FRANČIŠKOVIĆ, Tanja. 2009. "Klasifikacija psihičkih poremećaja". U *Psihijatrija*, ur. Tanja Frančišković, Ljiljana Moro i sur. Zagreb: Medicinska Naklada, 118-125.
- FREUD, Sigmund. 2006 [1940]. "An Outline of Psychoanalysis". U *The Penguin Freud Reader*, ur. Adam Phillips. London: Penguin Books, 1-63.
- FREUD, Sigmund. 2006 [1917]. "Mourning and Melancholia". U *The Penguin Freud Reader*, ur. Adam Phillips. London: Penguin Books, 310-326.
- GROSSE, Scott D., Donald J. LOLLAR, Vincent A. CAMPBELL i Mary CHAMIE. 2009. "Disability and Disability-Adjusted Life Years: Not the Same". *Public Health Reports* 124:197-202.
- HECKER, Ewald. 2004 [1871]. "On the Origin of the Clinical Standpoint in Psychiatry". *History of Psychiatry* 15/2:201-226.
- HENLEY, John. 2013. "Recessions can hurt, but austerity kills". *The Guardian*, 15. svibnja.  
<http://www.theguardian.com/society/2013/may/15/recessions-hurt-but-austerity-kills>  
 (pristup 19.04.2016.)
- HORWITZ, Allan V. i Gerald N. GROB. 2011. "The Checkered History of American Psychiatric Epidemiology". *The Milbank Quarterly* 89/4:628-657.
- HORWITZ, Allan V. i Jerome C. WAKEFIELD. 2007. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. GBD Compare,  
<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (pristup 24.05.2016.)
- JANSSON, Åsa Karolina. 2013. "The Creation of 'Disordered Emotion': Melancholia as Biomedical Disease, c. 1840-1900". Doktorska disertacija, Sveučilište Queen Mary, London.
- KLEINMAN, Arthur. 1988. *Rethinking Psychiatry*. New York: The Free Press.
- LACASSE, Jeffrey R. i Jonathan LEO. 2005. "Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature". *PLoS Medicine* 12/2:1211-1216.

- LEVAČIĆ, Dora. 2015. *Kriza i nejednakost na tržištu rada*. Zagreb: BRID.
- MARČINKO, Dario. 2009. "Suicidi i suicidalno ponašanje". U *Psihijatrija*, ur. Tanja Frančišković, Ljiljana Moro i sur. Zagreb: Medicinska Naklada, 369-378.
- MONCRIEFF, Joanna. 2006. "Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism". *The British Journal of Psychiatry* 188/4:301-302.
- MONCRIEFF, Joanna. 2011. "The Myth of the Antidepressant: An Historical Analysis". U *De-Medicalizing Misery*, ur. Mark Rapley, Joanna Moncrieff i Jacqui Dillon. London: Palgrave Macmillan, 174-196.
- MORO, Ljiljana. 2009. "Psihodinamičko razumijevanje nastanka mentalnih poremećaja". U *Psihijatrija*, ur. Tanja Frančišković, Ljiljana Moro i sur. Zagreb: Medicinska Naklada, 34-41.
- POTKONJAK, Sanja. 2014. *Teren za etnologue početnike*. Zagreb: HED, FF Press.
- RIHTMAN-AUGUŠTIN, Dunja. 1988. *Etnologija naše svakodnevice*. Zagreb: Školska knjiga.
- RUBEŠA, Gordana i Tanja FRANČIŠKOVIĆ. 2009. "Poremećaji raspoloženja". U *Psihijatrija*, ur. Tanja Frančišković, Ljiljana Moro i sur. Zagreb: Medicinska Naklada, 251-262.
- SABLJIĆ, Vladimir i Vera VLAHOVIĆ-PALČEVSKI. 2009. "Somatska terapija psihičkih poremećaja". U *Psihijatrija*, ur. Tanja Frančišković, Ljiljana Moro i sur. Zagreb: Medicinska Naklada, 127-146.
- SPIRO, Melford E. 2001. "Cultural Determinism, Cultural Relativism, and the Comparative Study of Psychopathology". *Ethos* 29/2:218-234.
- STANDING, Guy. 2011. *The Precariat: The New Dangerous Class*. London: Bloomsbury Academic.
- STEEL, Zachary, Claire MARNANE, Changiz IRANPOUR, Tien CHEY, John W. JACKSON, Viram PATEL i Derrick SILOVE. 2014. "The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013". *International Journal of Epidemiology* 43/2:476-493.
- STUCKLER, David i Sanjay BASU. 2013. "How Austerity Kills". *The New York Times*, 12. svibnja. <http://www.nytimes.com/2013/05/13/opinion/how-austerity-kills.html> (pristup 19.04.2016.)
- SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA. Global Burden of Disease Study 2013 (GBD 2013) Data Citations

- <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2013-data-citations?components=-1&locations=46&causes=294&risks=169&impairments=191> (pristup 12.05.2016)
- SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA. 2013. *WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011*, Ženeva: Svjetska zdravstvena organizacija.
- SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA. 2016. About the Global Burden of Disease (GBD) project. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/about/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/about/en/) (pristup 11.05.2016.)
- SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA. 2016. Mental health: strengthening our response. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> (pristup 24.05.2016)
- ŠPOLJAR-VRŽINA, Sanja. 2008. "Neoliberalno "zdravlje", globalna bolest i štamparovska medicina". *Društvena istraživanja* 17/6:999-1021.
- TORRE, Robert. 2014. *Prava istina o psihijatriji*. Zagreb: Profil.

## **8. SAŽETAK**

### **Mentalno zdravlje kao političko pitanje**

U ovom radu autorica mapira promjene u biomedicinskoj konceptualizaciji depresije. Analizom raznih eksplanatornih modela prisutnih kroz povijest, kao i pregledom recentnih promjena u taksonomiji suvremenih dijagnostičkih priručnika, u radu se ukazuje na proces medikalizacije sve šireg spektra simptoma koji je omogućio interpretaciju vrlo blagih osjećaja kao simptoma mentalnog poremećaja - depresije. Nadalje, uz pomoć intervjua provedenih s dvije kazivačice ilustriraju se problemi karakteristični za suvremenu psihijatrijsku dijagnostiku, ukazujući istovremeno na često ignorirane društvene uzroke simptoma depresije. Smještanjem iskustava kazivačica u širi ekonomsko-politički kontekst, autorica poziva na depatologizaciju depresije te ukazuje na poguban utjecaj koji neoliberalne politike i srozavnje radničkih prava mogu imati na mentalno zdravlje.

**Ključne riječi:** depresija, mentalno zdravlje, prekarni rad, medikalizacija

## **SUMMARY**

### **Mental health as a political issue**

In this thesis the author maps out the changes within the biomedical conceptualization of depression. By analyzing various explanatory models present throughout history, as well as by reviewing the recent taxonomic changes in contemporary diagnostic manuals, the thesis explains how medicalization of a broad spectrum of symptoms allowed for feelings of low intensity to be interpreted as symptoms of mental illness - depression. Furthermore, two in-depth interviews are used to illustrate the problems characteristic of contemporary psychiatric diagnostics, while pointing to the often ignored social causes of symptoms typical for depression. By connecting the interlocutors' experiences with the wider economical and political context, the author calls for depathologization of depression and points to the disastrous impact the neoliberal politics and deterioration of workers' rights can have on mental health.

**Keywords:** depression, mental health, precarity, medicalization